

Gestão do recurso simultâneo a serviços de Medicina Convencional e Terapêuticas não Convencionais

Luís Miguel Afonso Pires Lavado

Orientador: Prof^ª. Doutora Maria João Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Sociedade, Risco e Saúde

Lisboa
2019

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT

AGRADECIMENTOS

Aos doentes que colaboraram no estudo, preenchendo os questionários.

À direção e aos funcionários do IMT e da Fitoclinic, que permitiram a realização do estudo.

À minha família e aos meus alunos, que viram a minha disponibilidade reduzida nos momentos de análise de dados e escrita da dissertação.

Este estudo só foi possível pelo apoio da minha orientadora, Professora Doutora Maria João Bárrios. De forma discreta, esteve sempre presente e disponível em todos os momentos.

RESUMO

Ao longo dos anos a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português têm promovido a responsabilização de cada indivíduo pela sua saúde. Mais do que desenvolver e disponibilizar uma rede de cuidados a nível nacional, cada cidadão deve assumir atitudes promotoras do seu bem-estar e saúde. As mudanças demográficas, como o envelhecimento da população, vieram também pressionar a medicina alopática (convencional) na procura de respostas para doenças crónicas e incapacitantes. Os doentes mudaram o seu comportamento e procuram outras formas de acompanhamento dos seus problemas de saúde, quando a medicina alopática não os satisfaz. Quer isto dizer que os indivíduos não atribuem ao médico a total responsabilidade pelo diagnóstico e estratégias terapêuticas, podendo até contestar as suas orientações. Muitos procuram soluções com as quais se identificam e outros pretendem minimizar os efeitos secundários da medicação alopática. A oferta das terapêuticas não convencionais (TNC) cresceu e várias foram reconhecidas pelo Estado Português, que identificou a área de competência de cada uma e os respetivos profissionais que as podem desenvolver.

Esta pesquisa procurou identificar as formas de gestão simultânea dos serviços de medicina convencional e TNC, caracterizando as motivações e estratégias pessoais de uma população utilizadora. Os dados foram recolhidos através da realização de um inquérito por questionário, com perguntas fechadas e abertas. No sentido de abranger uma população com características sociodemográficas diversas, os questionários foram aplicados numa clínica privada e numa instituição de ensino, onde os valores das consultas assumem um valor simbólico.

Os resultados obtidos confirmam as informações apresentadas nos estudos já realizados embora, nalgumas dimensões, se verifiquem alterações nas características e comportamentos dos inquiridos. Os cidadãos mantêm o desejo de continuar as consultas alopáticas e, em simultâneo, recorrer às TNC. Justificam que procuram uma solução integrativa, porque só através da medicina alopática podem realizar exames e porque é esta que está inserida no SNS. Comprovamos também que é seu desejo obter informações completas sobre o seu estado de saúde e decidir, com o apoio dos profissionais de saúde, qual a melhor solução para si. As patologias músculo-esqueléticas continuam a ser as que mais motivam o recurso às TNC. É

também o género feminino que lidera o acesso às TNC. Verificamos também que continua a ser o próprio a decidir o recurso pelas TNC. O grau de confiança na alopatia e nas TNC mantém-se e a perceção do que é prescrito pelas duas áreas terapêuticas permite uma melhoria da situação de saúde.

Contrariamente a estudos anteriores, nesta pesquisa verificamos que são os maiores de 40 anos que combinam a medicina alopática com as TNC. Já não correspondem à população com um nível de formação superior e, além disso, auferem uma remuneração mensal entre 501 e 1000 euros, faixa onde se situa o salário mínimo nacional. O número de doentes que informa o médico que irá e que recorreu às TNC aumentou. Esta situação é justificada porque o médico tem que ser informado sobre o mesmo e porque se deseja uma intervenção integrativa, ou seja, o melhor de dois mundos.

Verificamos que existe dificuldade em denominar o que é prescrito pelo profissional de TNC. Os inquiridos afirmam que a irão tomar com o objetivo de melhorar, tal como o afirmam relativamente à medicação alopática.

Sugerem-se assim intervenções a nível da formação da comunidade médica no sentido de conhecerem as diferentes TNC e suas indicações. Será importante o desenvolvimento de competências de comunicação com os doentes assumindo capacidades de escuta ativa e orientação perante os mesmos. São fundamentais campanhas de divulgação para os doentes sobre cada TNC para que os mesmos façam escolhas informadas e equacionar estratégias para a sua integração no SNS. Os profissionais das TNC devem responsabilizar-se por informar cada doente das expectativas que este poderá ter ao realizar uma consulta.

Palavras-chave: medicina alternativa, medicina complementar, terapêuticas não convencionais, relação médico-doente, comunicação médico-doente.

ABSTRACT

Over the years the World Health Organization (WHO) and the Portuguese National Health Service (NHS) have promoted the accountability of each individual for their health. More than developing and making available a network of care at national level, each citizen should take actions that promote his well-being and health. Population demographic changes, such as increased life expectancy and a consequent aging population, are pushing allopathic medicine in the search for answers to chronic and disabling diseases. Patients have changed their behavior and sought other ways to follow up on their health problems when allopathic medicine does not satisfy them. This means that individuals do not give the doctor full responsibility for diagnosis and therapeutic strategies, and may even challenge their guidelines. Many seek solutions with which they identify and others intend to minimize the side effects of allopathic medication. The offer of non-conventional therapeutics (NCT) has grown and several were recognized by the Portuguese State, which identified the area of competence of each one and the respective professionals.

This research sought to identify ways of simultaneous management of conventional medicine and non-conventional therapeutic services, characterizing the motivations and personal strategies of a user population. Data were collected by conducting a questionnaire survey with closed and open questions. In order to cover a population with diverse sociodemographic characteristics, the questionnaires were applied in a private clinic and in an educational institution, where the values of the consultations assume a symbolic value.

The results obtained confirm the information presented in the studies already carried out although, in some dimensions, there are changes in the characteristics and behaviors of the respondents. Citizens have a desire to continue allopathic consultations and, at the same time, to resort to NCT. They justify that they are looking for an integrative solution, because only through allopathic medicine can they carry out medical exams and because it is this one that exists in the NHS. We also found out that they want to get complete information about their health and decide, with the support of health professionals, what is the best solution for them.

Musculoskeletal pathologies continue to be the ones that most motivate the use of NCT. It is also the feminine gender that leads access to NCT. We also note that it is still one's decision whether to seek NCT. The degree of trust in allopathy and NCT is maintained and the perception of what is prescribed by the two therapeutic areas allows an improvement of the health situation.

Contrary to previous studies, in this study we verified that it is the majors of 40 years that combine allopathic medicine with NCT. They no longer correspond to the population with a higher level of education and, in addition, receive a monthly remuneration between 501 and 1000 euros, range where the national minimum wage is located. The number of patients reporting to the physician who will and who has resorted to NCT has increased. This situation is justified because the doctor has to be informed about it and that an integrative medicine intervention is desired, ie, the best of both worlds.

We found that there is difficulty in naming what is prescribed by the NCT professional. According to the studies that we reach this dimension has not been studied. Respondents say they will take it for the purpose of improving, as they say about allopathic medication.

It is suggested that interventions in the training of the medical community be made so they may know the different NCT and their indications. It will be important to develop their communication skills with patients in order to promote active listening skills and counseling towards them. Patient outreach campaigns about each NCT are fundamental so that they can make informed choices and equate strategies for their integration into the NHS. NCT professionals should be responsible for informing each patient of the expectations that each patient may have in having a consultation.

Key-words: alternative medicine, complementary medicine, non-conventional therapies, CAM, doctor-patient relationship, doctor-patient communication.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1. A Saúde das populações	5
2.2. Determinantes Sociais da Saúde	7
2.3. A evidência em torno das TNC	8
2.3.1. Evolução do Recurso às TNC	9
2.4. Organização Mundial de Saúde e as Terapêuticas não Convencionais	18
2.5. Organização dos cuidados de saúde em Portugal relativos ao SNS	20
2.6. Terapêuticas não Convencionais em Portugal	22
3. METODOLOGIA	24
3.1. Modelo de Análise	24
3.2. Objetivos	25
3.2. Recolha de dados	26
3.2.1. Seleção da amostra	26
3.2.2. O questionário	27
3.2.3. Tratamento de dados	28
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
4.1. Introdução	29
4.2. Caracterização da amostra	30
4.3. Motivação	34
4.4. Identificação do problema de saúde	35
4.5. Formas de gestão: comunicação, medicação, consultas	36
4.5.1. Comunicação	36
4.5.2. Medicação	39
4.5.3. Consultas	42
4.5.4. Considerações sobre as formas de gestão no recurso às duas terapêuticas	45
4.5.5. Formas de gestão consoante as características da amostra	49
4.5.5.1. Formas de gestão: análise bivariada	49
4.5.5.2. Formas de gestão: análise multivariada	53
CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXO I – QUESTIONÁRIO	72
ANEXO 2 – ANÁLISE ESTATÍSTICA	76

I. ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução do recurso às TNC.....	9
Tabela 2 - Motivação para o recurso às TNC.....	11
Tabela 3 - Eficácia das TNC.....	14
Tabela 4 - Características sociodemográficas da população utilizadora das TNC.....	15
Tabela 5 – Comunicação/relação doente-médico e impacto na terapêutica.....	16

II. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por idades.....	30
Gráfico 2 – Distribuição por género.....	31
Gráfico 3 – Distribuição por grau de escolaridade.....	31
Gráfico 4 – Distribuição por área profissional.....	32
Gráfico 5 – Distribuição por nível de rendimento.....	32
Gráfico 6 – Distribuição por decisão pela consulta.....	34
Gráfico 7 – Distribuição por problema de saúde.....	35
Gráfico 8 – Informou previamente o médico.....	36
Gráfico 9 – Vai informar o médico após a consulta de TNC.....	37
Gráfico 10 – Porque vai informar o médico do recurso às TNC.....	37
Gráfico 11– Porque não vai informar o médico do recurso às TNC.....	38
Gráfico 12 – Informou o profissional de TNC que consultado um médico.....	38
Gráfico 13 – Porque informou o profissional TNC que tinha consultado o médico.....	39
Gráfico 14 – Após a consulta TNC vai continuar a medicação alopática.....	39
Gráfico 15 – Porque mantém a medicação alopática.....	40
Gráfico 16 – Porque abandona a medicação alopática.....	40
Gráfico 17 – Vai tomar a prescrição da TNC.....	41
Gráfico 18 – Porque vai tomar a prescrição da TNC.....	41
Gráfico 19 – Porque não vai tomar a prescrição da TNC.....	42
Gráfico 20 – Vai continuar as consultas alopáticas.....	42

Gráfico 21 – Porque vai continuar as consultas alopáticas.....	43
Gráfico 22 – Porque não vai continuar as consultas alopáticas.....	43
Gráfico 23 – Vai continuar as consultas TNC.....	44
Gráfico 24 – Porque vai continuar as consultas TNC.....	44
Gráfico 25 – O que prescreveu o profissional TNC.....	48

1. INTRODUÇÃO

Os termos “terapêuticas não convencionais”, “medicina complementar” e “medicina alternativa” são hoje usados frequentemente na sociedade portuguesa. A oferta e acesso a produtos nestas áreas é uma constante, estando presentes em publicações diárias e anúncios televisivos e o número de lojas que os comercializam têm vindo a multiplicar-se.

A atitude da nossa sociedade relativamente à saúde sofreu alterações. Se o médico era a única fonte de informação sobre doenças e medicamentos, a Internet, o crescente número de programas televisivos que abordam temas como a designação e sintomas de cada doença, a prevenção das mesmas e sugestões a seguir quando estas se manifestam permitiram que nascesse um novo paradigma: o doente passa a ser um cliente, ou seja, cada pessoa assume uma maior responsabilização sobre o seu estado de saúde.

A saúde é gerida por cada indivíduo que identifica e pode implementar estratégias para a promoção de uma vida saudável e que, quando se encontra numa situação de doença, decide como a ultrapassar escolhendo, das várias soluções que o mercado apresenta, qual a melhor para si. O indivíduo opta pela medicina alopática (convencional), através de consultas privadas ou serviços públicos, por vezes com recurso a seguros de saúde ou outras formas de acesso à saúde (entidades como ADSE ou outras). Se considerar outras perspetivas poderá recorrer às denominadas terapêuticas não convencionais, medicina complementar e medicina alternativa.

Estes paradigmas apresentam desafios à sociedade. Como disponibilizar todos os recursos de saúde a toda a população, garantindo a segurança e eficácia dos mesmos, particularmente quando se realiza a integração de todas as terapêuticas? Em Portugal, as entidades públicas, através de entidades governativas, assumiram a sua posição em 2003.

A Lei 45/2003 estabelece o enquadramento das terapêuticas não convencionais (TNC) e dos respetivos profissionais. Aí se define:

- O que são e quais são as TNC reconhecidas em Portugal;
- Quem, onde e quais as condições para as exercer.

Sucederam-se novas Leis e Portarias regulamentando a formação e a prática das TNC em Portugal. A regulamentação das TNC em Portugal lançou um amplo debate nacional, do qual destacamos a gestão de consensos sobre o seu acesso pela população portuguesa. Entre o médico e o profissional de TNC está o doente que tem que decidir como gerir o recurso entre estas duas terapêuticas. Como o fará? É neste enquadramento que se levanta a questão de partida da pesquisa: de que forma os doentes gerem o recurso a serviços de medicina convencional e terapêuticas não convencionais, em simultâneo, para a mesma patologia/problema de saúde?

Outras questões estão diretamente associadas como:

- O que leva os doentes a utilizarem os dois tipos de serviços, em simultâneo, para o mesmo problema de saúde?
- Que relação os doentes estabelecem entre os diferentes cuidados prestados, ou seja, que informação partilham e/ou omitem?
- Como gerem a toma/abandono da medicação prescrita pelos diferentes serviços?
- Que designação os doentes atribuem ao que é prescrito pelos profissionais das TNC?
- Será que existe uma relação entre literacia e a diferente forma de utilização dos dois serviços?
- Que relação existe entre o nível de rendimento mensal e o recurso às TNC?

Os estudos realizados até ao momento concentram-se essencialmente em: i) estudar a evolução do recurso às TNC; ii) descobrir as TNC mais procuradas; iii) caracterizar sociodemograficamente a população que recorre às TNC; e iv) identificar a motivação e

grau de satisfação da população que recorre às TNC (Chez & Jonas, 2014), (Coulter *et al.*, 2004), (Gerber *et al.*, 2006), (Haetzman *et al.*, 2003), (King *et al.*, 2000), (Maizes *et al.*, 2009), (Upchurch *et al.*, 2007). Algumas das pesquisas já realizadas referem se existe ou não comunicação entre o doente e o seu médico sobre o recurso às TNC. No entanto, esta questão não é considerada como objeto de estudo, ficando por explorar as formas que esta comunicação assume e os motivos da ausência de comunicação.

Perante esta realidade definimos o seguinte objetivo de estudo: identificar as formas de gestão simultânea dos serviços de medicina convencional e terapêuticas não convencionais, caracterizando as motivações e estratégias pessoais de uma população utilizadora. Interessou-nos, sobretudo, entender os processos de gestão da saúde por parte dos doentes, no recurso simultâneo a serviços de medicina convencional e terapêuticas não convencionais, identificando fatores e comportamentos associados.

A pesquisa realizada é aqui estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo contextualiza o problema de investigação, apresentando o estado da arte acerca do mesmo. Identificamos a posição da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a responsabilidade de cada indivíduo sobre a sua saúde e as suas orientações sobre a evolução necessária do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de cada país. É também caracterizado o SNS Português e, de seguida, qual o posicionamento da OMS, do SNS Português e da legislação portuguesa sobre as TNC. É finalmente prestada atenção aos estudos realizados sobre o recurso às TNC destacando-se os relevantes para este estudo e os determinantes sociais da saúde. Dedicamos o segundo capítulo às opções metodológicas, apresentando o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo, a amostra, os métodos e instrumentos de recolha de dados, bem como as formas como os mesmos serão tratados. A apresentação e discussão dos resultados encontra-se no terceiro capítulo, tendo-se optado por descrever os resultados obtidos e realizar-se uma comparação, sempre que possível, com dados existentes noutros estudos. Num último momento desta dissertação estão presentes as conclusões da pesquisa realizada, onde é feita uma análise global dos dados obtidos, acompanhada de orientações para a prática atual e futura. Visamos contribuir com estratégias que reforcem as orientações da OMS,

do SNS Português e o desejo dos doentes: responsabilização para fazerem as melhores opções para si obtendo informações e orientações por parte dos profissionais de saúde a que recorrem.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A Saúde das populações

Segundo Tavares (2016), a saúde e a doença englobam as dimensões biológica, psicológica, social e cultural, sendo os processos biológicos inseparáveis dos contextos sociais. De facto, não se pode ignorar as condições sociais e materiais, as práticas e relações entre os indivíduos. Quer isto dizer que o estudo da saúde das populações tem inerente uma análise de forma multidimensional, com contributos essenciais da Sociologia (Tavares, 2016). Mas a abordagem da Sociologia à saúde transformou-se ao longo dos tempos. No final do séc. XIX predominava a dimensão biológica e individual, característica do modelo biomédico (decorrente dos avanços da medicina no tratamento de doenças). Até à década de 50, a Sociologia da Saúde estava condicionada à visão médica. A análise focava-se puramente nas condições clínicas dos indivíduos, no seu local de trabalho e na perspetiva fisiológica e patológica (Nunes, 2009). Posteriormente, a visão alarga-se a novas dimensões como o impacto da doença no quotidiano do indivíduo e na sua rede familiar e profissional. É também reconhecido o papel dos determinantes sociais da saúde e, particularmente, a forma como cada cidadão atua com o objetivo de prevenir situações de doença (Timmermans *et al.*, 2008 cit. por Nunes, 2009).

Atualmente, segundo Straus (1957), a Sociologia da Saúde estuda a perceção e as experiências dos indivíduos enquanto saudáveis e doentes, a produção de conhecimento sobre as doenças e as respostas sociais como o SNS (Seale, 2008 cit. por Nunes, 2009). Segundo Tavares (2016), trata de um estudo vasto que incide na relação entre a saúde e a sociedade, analisando e investigando fenómenos de saúde e doença em diferentes dimensões e contextos.

Recuperámos esta visão sociológica da saúde neste enquadramento teórico, conceptual e contextual, para reforçar que a análise em saúde tem que ser mais ampla, sendo fundamental considerarem-se as contribuições de várias ciências como Antropologia, Economia, Psicologia, Geografia e, naturalmente, Sociologia. Conclui Nunes que é

fundamental para a Sociologia da Saúde estudar as interações entre as características biológicas das doenças e os contextos sociais (Nunes, 2009). Esta análise multidimensional dos processos de saúde e doença, que enquadram o indivíduo no seu contexto social, está em consonância com a definição de saúde da OMS e respetivas recomendações para a promoção da saúde.

Em 1986 OMS publica a Carta de Ottawa definindo que a “promoção da saúde é o processo de permitir às pessoas o controlo e melhoria da sua saúde” (OMS, 1986, pág. 1). Posteriormente, a mesma organização afirma que os sistemas nacionais de saúde são fundamentais criando uma rede de serviços de saúde com o objetivo de “promover, recuperar ou manter a saúde” (OMS, 2007, pág. 2). Ora, os serviços de saúde dedicam os seus recursos ao desenvolvimento de uma rede destinada à recuperação e à manutenção da saúde das populações, o que requer a inclusão de uma visão abrangente da saúde, dependente também do comportamento e competências de cada indivíduo na gestão da sua saúde. Isto porque a Carta de Ottawa refere duas componentes fundamentais a destacar: i) a saúde depende da capacidade de cada um de tomar decisões informadas; ii) e que a saúde é uma questão holística em que cada decisão reflete a cultura, a formação e a economia de cada país (OMS, 1986).

Analisando esta informação normativa da OMS, podemos afirmar que os dois documentos são indissociáveis: cada país deve implementar um serviço nacional de saúde sólido com a capacidade de manter e recuperar a saúde tendo em atenção a necessidade de aumentar as competências em saúde de cada cidadão. Estas competências irão dinamizar atitudes positivas em cada cidadão que irá solicitar menos recursos do serviço de saúde nas dimensões: manter e recuperar. Assim, além de uma população que menos adoce e respetivo impacto negativo para a economia, também o serviço de saúde irá despende menos recursos.

Este serviço de saúde tem também que ter presente que a atitude perante a saúde por parte dos cidadãos evolui. Como havíamos referido, se a promoção da saúde é uma responsabilidade individual e há que a promover, temos que ter presente que, hoje, é o próprio cidadão que a exige (Maizes *et al.*, 2009). Perante este paradigma, os serviços de

saúde têm que evoluir adaptando-se às necessidades emergentes e ao novo perfil dos seus utilizadores, correspondendo assim às expectativas da população.

Nesta lógica, que atribui maior responsabilidade ao papel do doente e ao meio em que este se insere, consideramos que a pesquisa em saúde tem vindo a evoluir. Segundo Carapinheiro (2014) trata de investigações confrontadas com os “determinantes estruturais, organizacionais, profissionais e sociais, em que as culturas em saúde estão em movimento, novos atores com formas de ação alternativas estão a emergir e a consciência do direito à participação deliberativa ganhou uma acuidade sem precedentes” (Carapinheiro, 2014, pág. 24). Ao estudarmos a saúde e a doença é, então, fundamental a análise da realidade social em que o indivíduo se encontra, assim como de que forma este percebe a sua doença, decide como a tratar e como interagem com ele durante esse período (Carapinheiro 1986, pág. 10). Carapinheiro já havia concluído que a percepção da forma como se acede aos cuidados de saúde, a relação construída com o médico e as instituições, a informação obtida pela rede de contactos sobre a doença e estratégias de tratamento condiciona o comportamento de cada indivíduo na gestão da sua saúde (Carapinheiro, 2001). A literatura que referimos demonstra que o comportamento dos doentes mudou, podendo refletir esta mudança também relativamente às TNC e ao comportamento dos doentes face à existência destes serviços na sociedade, ao seu recurso e utilização simultânea com cuidados de saúde da medicina alopática.

2.2. Determinantes Sociais da Saúde

Marmot verificou que existe uma relação direta entre saúde e as características socio-demográficas da população (Marmot & Bell, 2012). Para uma intervenção eficaz, além de tratar os doentes há que resolver as condições em que se encontram. Alterar as condições sociodemográficas é, consequentemente, determinar a qualidade de vida e a saúde da população responsabilizando-os pela mesma (Marmot, 2017). Falamos dos determinantes sociais da saúde (DSS) que, por refletirem as diferentes posições das pessoas na organização social, têm um impacto direto na saúde. De acordo com a OMS (WHO, 2008) os DSS tratam das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, aprendem, trabalham, brincam e envelhecem, que influenciam os estados de saúde, os

riscos de doença e a esperança de vida (WHO, 2010). Os DSS provocam desigualdades sociais na área da saúde que, se forem passíveis de corrigir, se tratam de iniquidades.

Na verdade, a função dos serviços de saúde deve ter em consideração as necessidades sociais dos indivíduos, entendidas como os DSS. Segundo Solar e Irwin (2010), o SNS media a relação entre os determinantes intermediários (circunstâncias materiais, comportamentos, condições biológicas e fatores psicológicos) e os resultados em termos de equidade em saúde e bem-estar.

Desde os anos 90 que se tem vindo a fortalecer a ação dos DSS, procurando-se implementar políticas que reduzam as iniquidades em saúde, através da ação sobre os DSS, muito por ação da Comissão sobre os DSS (CDSS). A constituição e ação da CDSS tem permitido uma aposta nas políticas dirigidas aos determinantes responsáveis por desigualdades, promovendo equidade no acesso à saúde, procurando i) melhorar as condições de vida das pessoas, apostar na redistribuição de riqueza e aumentar a divulgação da informação sobre os DSS (WHO, 2008).

Ao entender os determinantes comportamentais dos indivíduos em relação à sua saúde, os estudos demonstram que os cidadãos alargaram o seu interesse para além da medicina alopática. O seu objetivo é obterem um conhecimento completo, holístico do seu estado de saúde, definirem estratégias de como a promover, não apenas numa dimensão, o tratamento de sintomas, mas sim descobrirem como serem tratados como um todo. Questionam também os efeitos secundários da medicação e orientam o seu interesse para as TNC (Maizes *et al.*, 2009).

2.3. A evidência em torno das TNC

Na análise do estado da arte que esta pesquisa exigiu, a aplicação das palavras-chave “medicine”, “CAM” e “communication” permitiu a consulta de 3000 artigos. A análise dos respetivos *abstracts* permitiu seleccionar os estudos mais relevantes para a temática e objetivo desta pesquisa, que serão apresentados ao longo deste estudo, devidamente contextualizados, sob a forma de tabelas.

2.3.1. Evolução do Recurso às TNC

Um estudo realizado em 1990 identificou que 34% da população americana recorreu, nesse ano, a uma das TNC. Foram gastos 14 bilhões de dólares não reembolsáveis. Ocorreram 427 milhões de consultas de TNC e 388 milhões de consultas de medicina alopática. Em 1997, os números revelam um crescimento, tendo as consultas de TNC aumentado 42% na população adulta relativamente a 1990, sendo realizadas 629 milhões de consultas (Neal, 2001). Outro estudo, realizado em 2002 nos Estados Unidos, Upchurch *et al.*, (2007) identificou que 62% da população recorreu, nesse ano, às TNC.

Já na Europa, Gerber *et al.* (2006) identificaram que 45% da população recorre às TNC. Um estudo realizado na Alemanha, em 1970, verificou que 52% da população optou pelas TNC e este valor atingiu 73% em 2002. Em Inglaterra, a proporção da população acompanhada pelas TNC atingiu os 33% em 1993 (Haetzmanet *et al.*, 2003).

Um estudo Australiano revelou que 42% da população recorreu às TNC. Relativamente ao valor despendido, foram gastos 2,3 bilhões de dólares em 2000 e registou-se um crescimento de 62% desde 1993 (Coulter *et al.*, 2004).

Na tabela 1 podemos encontrar vários estudos demonstrativos da evolução da procura das TNC.

Tabela 1 - Evolução do recurso às TNC

Referência do Artigo	Conclusão
Eisenberg, Kessler, Foster, Norlock, Calkins, e Delbanco (1993)	- Um terço dos inquiridos afirma ter recorrido as TNC; - Nos Estados Unidos, em 1990, estimam-se 425 milhões de consultas TNC e 388 milhões de alopátia.
Chez e Jonas (1997)	- Estimativas nos Estados Unidos: 425 milhões de consultas de TNC e 40 milhões de alopátia por ano. Foram despendidos 13,7 bilhões sendo que mais de 10,3 bilhões não foram reembolsados; - Na Europa é feita de forma complementar.
Kemper, Cassieyth, e Ferris (1999)	- 33-50% da população norte-americana, do Canadá e Austrália recorre às TNC.
King, Pettigrew, e Reed (2000)	- As consultas de TNC nos EUA ultrapassam as de medicina alopática.
Neal (2001)	- Apresenta a evolução da procura das TNC nos Estados Unidos.
Haetzman, Elliott, Smith, Hanaford, e Chambers (2003)	- Inquérito de 1993 estima que 33% da população inglesa recorre às TNC; - São gastos 4 milhões de libras.

Referência do Artigo	Conclusão
Wetzel, Kaptchuk, Haramti, e Eisenberg (2003)	- O recurso às TNC, entre 1990 e 1997, aumentou 47%.
Barnes, Powell-Griner, e McFann (2004)	- Em 1997 foram gastos 47 bilhões correspondendo a cerca de metade do valor gasto em alopátia.
Coulter e Willis (2004)	- Austrália: a procura subiu 62% de 1993 a 2000. Neste ano são gastos 2,3 bilhões.
Lin, Lee, Kemper, e Berde (2005)	- Em 1997 43% da população norte-americana recorreu às TNC e despenderam 27 bilhões; no Canadá recorreram, em 1992, 11% das crianças.
Molassiotis, Fernandez-Ortega, Pud, Ozden, Scott, Panteli, Margulies, Browall, Magri, Selvekero, Madsen, Milovics, Bruyns, Gudmundsdottir, Hummerston, Ahmad, Platin, Kearney, e Patiraki (2005)	- Na maioria dos países europeus um terço recorre às TNC.
Hollenberg (2006)	- 73% da população do Canadá recorre às TNC, sendo parte do valor suportada pelos seguros de saúde.
Upchurch, Chyu, Greendale, Utts, Bair, Zhang, e Gold (2007)	- Verifica um crescimento na procura das TNC nos Estados Unidos.
Xue, Zhang, Lin, Costa, e Story (2007)	- 71,2% da população recorre às TNC.
Rosenberg, Genao, Chen, Mechaber, Wood, Faselis, Kurz, Menon, O'Rourke, Panda, Pasanen, Staton, Calleson, e Cykert (2008)	- Relativamente a 2007, 30-60% da população norte-americana recorre às TNC e o valor despendido nas mesmas é de 21 bilhões de dólares.
Geist-Martin e Bell (2009)	- Refere um aumento de procura das TNC.
Maizes, Rakel, e Niemiec (2009)	- A procura das TNC nos EUA orienta-se para um modelo de integração com a medicina alopática.

A literatura existente demonstrou que, geralmente, as populações recorrem às TNC procurando soluções para doenças crónicas como dores, doenças debilitantes e situações de limite como cancro (Astin, 1988 cit. por King et al., 2000). Ainda que a maioria dos doentes esteja satisfeita com o acompanhamento da sua patologia pela medicina alopática, as pessoas procuram novas estratégias para se tratarem. Com a evolução dos comportamentos relacionados com a gestão da saúde e doença, os doentes desejam assumir um maior controlo sobre a sua saúde, procurando obtendo mais informações sobre as possíveis terapêuticas a que podem recorrer, assumindo um maior controlo sobre a sua vida (Astin, 1988).

Em 1990, 34% da população da população norte americana recorria às TNC para o tratamento de doenças crónicas (Neal, 2001). Um estudo de 1991 verifica que os doentes recorrem, em simultâneo, à alopátia e às TNC para serem tratados em situações crónicas (Thomas, Westlake, & Williams, 1991 cit. por King *et al.*, 2000). Eisenberg *et al.* (1993) vêm confirmar o recurso simultâneo pelos doentes para o tratamento de dores crónicas e cancro. O acesso pela população às duas terapêuticas continua comprovado ao longo dos

anos seguintes e pelos mesmos motivos (King *et al.*, 2000; Barnes *et al.*, 2002; Haetzman *et al.*, 2003; Li *et al.*, 2005; Hollenberg, 2005; Gerber *et al.*, 2005; Tascilar *et al.*, 2006; Upchurch *et al.*, 2007; Rosenberb *et al.*, 2008; Maizes *et al.*, 2009; Kanodia *et al.*, 2010; Sirois *et al.*, 2016; Canizares *et al.*, 2017).

Das pesquisas publicadas temos a destacar Coulter *et al.* (2004) e Canizares *et al.* (2017) por referirem que o envelhecimento da população tem efeitos imediatos na prevalência das doenças crónicas, uma das grandes motivações para a procura das TNC. Com efeito, é expectável que a sua procura aumente. Analisando a situação europeia, verifica-se que a percentagem da população idosa tem crescido, suportada por uma maior esperança de vida, consequente da redução da mortalidade em todas as idades (Eurostat, 2015). Considerando a realidade portuguesa, o número de pessoas com 65 e mais anos será de 2,8 milhões entre 2015 e 2080. Neste ano, o índice de envelhecimento será de 317 idosos para cada 100 jovens (INE, 2017), subindo o número de indivíduos com doenças crónicas, potenciando uma maior pressão no SNS e a procura de serviços de saúde integrados.

É particularmente importante verificar que a partir de 2000 os estudos passam a identificar, regularmente, novas motivações por parte dos doentes. Estes reconhecem menor autoridade ao médico, procuram uma abordagem holística, com menos efeitos secundários identificando-se com a abordagem das TNC e procurando uma solução integrativa. O doente surge como o gestor da sua saúde, reunindo a informação que lhe é disponibilizada por um vasto conjunto de profissionais e que, com a sua orientação, toma decisões acerca da melhor estratégia terapêutica que contempla a sua saúde e estilo de vida (Coulter *et al.*, 2004; Hollenberg, 2005; Maizes, *et al.*, 2009; Kanodia, *et al.*, 2010; Sirois, *et al.*, 2016). Apresentamos, na tabela 2, estudos que ilustram a motivação dos doentes que procuram as consultas das TNC.

Tabela 2 - Motivação para o recurso às TNC

Referência do Artigo	Conclusão
Eisenberg, Kessler, Foster, Norlock, Calkins, e Delbanco (1993)	- Doenças crónicas, dores de costas, ansiedade, cefaleia e cancro.
Vincent e Furnham (1996)	- Alopatria: falta de eficácia da alopatria; - TNC: perceção de que será eficaz, trata o todo (holístico), sem efeitos secundários; - Responsabilização pela sua saúde;
Chez e Jonas (1997)	- Doenças: HIV, cancro.

Referência do Artigo	Conclusão
Astin (1998)	- Doente: questiona a autoridade do médico, procura mais informações, alguma desconfiança na alopatia e responsabiliza-se pela sua saúde; - Dores de costas, alergias, doenças musculares, digestivas e respiratórias.
Astin, Marie, Pelletir, Hansen, e Haskell (1998)	- Dores e doenças crônicas, dor nas costas e cabeça.
Sikand e Laken (1998)	- Pediatras sugerem as TNC para doenças crônicas e quando sentem que esgotaram os seus recursos terapêuticos.
Astin, Pelletier, Marie, e Haskell (2000)	- Dores e melhoria geral do estado de saúde, insatisfação com medicina alopática e receio dos seus efeitos secundários.
King, Pettigrew, e Reed (2000)	- Identifica as doenças que mais motivam o recurso às TNC; - Identifica as causas possíveis para o crescimento da procura das TNC.
Sollner, Maislinger, DeVries, Steixner, Rumpold, e Lukas (2000)	- Recorre às TNC como complemento e não para substituir as consultas alopáticas.
Joos, Musselmann, e Szecsenyi (2001)	- Doenças: dores, incluindo músculo-esqueléticas, e doenças mentais.
Kemper (2001)	- Os pais de crianças hospitalizadas estão interessados na medicina integrativa.
Pal (2002)	- A procura reflete alterações das necessidades e valores da sociedade, o aumento das doenças crônicas, o acesso à informação, menor credibilidade na alopatia e receio dos efeitos secundários da sua medicação, prevenção e gestão pessoal da saúde.
Haetzman, Elliott, Smith, Hanaford, e Chambers (2003)	- 85,9% pretende a integração; - 78% procura as TNC para tratar doenças músculo-esqueléticas, dores de costas e cabeça.
Barnes, Powell-Griner, e McFann (2004)	- Apresenta motivação como marketing, informação obtida da internet, o desejo dos pacientes em se envolverem na tomada de decisão e desagrado com alopatia; - Tratamento de doenças crônicas e debilitantes, cancro, HIV; - Desejo de complementar o tratamento alopático.
Coulter e Willis (2004)	- Perda de confiança na alopatia, “movimentos verdes”, maior responsabilização na gestão da sua saúde, envelhecimento populacional e aumento doenças crônicas.
Dillard e Knapp (2005)	- Identifica as motivações dos pacientes e verifica que estão satisfeitos com a medicina alopática.
Gerber, Scholz, Reimer, Briesse, e Janni (2005)	- Obtém informação da rede pessoal, <i>media</i> e internet; - Geralmente estão satisfeitos com a alopatia; - Procuram uma intervenção ligada ao seu estilo de vida, fortalecer o sistema imunitário, diminuir os efeitos secundários da alopatia e tratar os sintomas do cancro.
Lin, Lee, Kemper, e Berde (2005)	- O recurso é significativo, em pediatria, quando surgem doenças crônicas.
Molassiotis, Fernandez-Ortega, Pud, Ozden, Scott, Panteli, Margulies, Browall, Magri, Selvekerova, Madsen, Milovics, Bruyns, Gudmundsdottir, Hummerston, Ahmad, Platin, Kearney, e Patiraki (2005)	- Fontes de informação: amigos, família e <i>media</i> . 18,6 refere que foi o médico que sugeriu; - Mais de metade procura fortalecer o corpo para combater a doença e, cerca de metade, melhorar o bem-estar geral.

Referência do Artigo	Conclusão
Yates, Mustin, Morrow, Gillies, Padmanaban, Atkins, Issell, Kirshner, e Colman (2005)	- Diminuição da confiança na alopatia.
Hollenberg (2006)	- Insatisfação com alopatia, aumento das doenças crônicas, desejo da integração dos dois serviços.
Saydah e Eberhardt (2006)	- 50% dos doentes apresenta doenças crônicas.
Tascilar, Jong, Verweij, e Mathijssen, (2006)	- Procuram mais informação, media divulgam TNC, procuram as TNC para o tratamento dos efeitos secundários (94%); - Estão satisfeitos com alopatia.
Vickers, Jolly, e Greenfield (2006)	- Desvantagens associadas à alopatia, procuram algo natural, sem químicos, evitar os efeitos secundários da medicação alopática e assumirem a responsabilidade pela sua saúde.
Upchurch, Chyu, Greendale, Utts, Bair, Zhang, e Gold (2007)	- Dores e doenças do foro psiquiátrico.
Rosenberg, Genao, Chen, Mechaber, Wood, Faselis, Kurz, Menon, O'Rorke, Panda, Pasanen, Staton, Calleson, e Cykert (2008)	- Dores crônicas; - Não pretendem abandonar a alopática, desejam a medicina integrativa.
Deng, Frenkel, Cohen, Cassileth, Abrams, Capodice, Courneya, Dryden, Hanser, Kumar, Labriola, Wardell, e Sagar (2009)	- Procuram assumir a responsabilidade do tratamento, desejam outras soluções e uma cura.
Geist-Martin e Bell (2009)	- Desejam assumir o controlo da sua saúde.
Maizes, Rakel, e Niemiec (2009)	- As TNC surgem como estratégia para o tratamento de doenças crônicas que apresentam um desafio para a economia; - A medicina integrativa é a resposta às solicitações dos doentes.
Hunt, Coelho, Wider, Perry, Hung, Terry, e Ernst (2010)	- As TNC correspondem ao seu modelo de vida; - Tratamento de ansiedade e depressão.
Kanodia, Legedza, Davis, Eisenberg, e Phillips (2010)	- A dor de costas é a que mais motiva as consultas TNC; - 53% da população considera que o recurso, em simultâneo, irá ajudar a tratar o seu problema e 48% deseja recorrer às TNC com esse objetivo.
Bahali (2017)	- Desejam tentar tudo o possa melhorar a doença, sintomas e efeitos secundários e promover o bem-estar; - 88,5 irá continuar com alopatia.
Canizares, Hogg-Johnson, Gignac, Glazier, e Badley (2017)	- Condições crônicas e dores ligadas ao envelhecimento; - Estudos referem o desejo de complementar alopatia com outras terapêuticas, dificuldade em aceder à alopatia e o desejo de responsabilização pela sua saúde.
Bahall (2017)	- O grande influenciador para o recurso às TNC foi a família.

O aumento progressivo do recurso às TNC proporcionou um alargamento do campo de investigação em torno da eficácia e das melhores estratégias de aplicação das TNC. Algumas destas pesquisas realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o uso e eficácia do recurso às TNC, enquanto outras apresentaram os resultados do recurso às mesmas (em simultâneo ou não com a medicina alopática) no tratamento de doenças

específicas, comparando os valores obtidos nos grupos de controlo e experimental. Sendo esta literatura já muito vasta, decidimos apresentar apenas os estudos mais recentes: i) Levy *et al.* (2019) analisou o impacto das TNC em doentes idosos com delírio, verificando que o recurso à medicina integrativa revela resultados positivos; ii) a eficácia das TNC no tratamento da ansiedade e depressão em grávidas foi demonstrado num estudo de Smith *et al.* (2019); iii) ainda relativamente às grávidas, Curnow (2019) verificou que a utilização da quiroprática é eficaz no tratamento das dores de costas; iv) doze estudos revelaram uma melhoria significativa da dor nos pacientes tratados com auriculoterapia (You *et al.*, 2019); v) na Coreia do Sul, Woo *et al.* (2019) acompanharam, entre 2007 a 2011, uma população idosa com *Parkinson*, demonstrando maior eficácia no tratamento no grupo submetido à medicina integrativa. A tabela 3 remete para estes estudos.

Tabela 3 - Eficácia das TNC

Referência do Artigo	Conclusão
Astin, Marie, Pelletir, Hansen e Haskell (1998)	- Alguns estudos verificam que os médicos jovens, particularmente do género feminino, confiam mais nas TNC.
Berman, Singb, Hartnoll, Singb, e Reilly (1998)	- 55%-94% dos médicos de uma região norte-americana afirmam sugerir o recurso às TNC; - Alguns dos médicos já praticam TNC (11% a 36%).
Sikand e Laken (1998)	- Os pediatras são os que mais referenciam e acreditam nas TNC; - 54,1% estão interessados em aprender TNC e, destes, 52,2% são jovens e do género feminino.
Astin, Pelletier, Marie, e Haskell (2000)	- 80% afirma sentir melhorias.
Joos, Musselmann, e Szecsenyi (2001)	- Atitude positiva dos médicos relativamente às TNC.
Gerber, Scholz, Reimer, Briesse, e Janni (2005)	- 4% dos médicos noruegueses acredita na eficácia das TNC e, dos alemães, 20%.
Levy, Attias, Gavrieli, Oliven, Neerlan, Devlin, Ben-Arye, Greenberg, e Schiff (2019)	- A medicina integrativa revela resultados positivos nos doentes idosos com delírio.
Smith, Shewamene, Galbally, Schmied, e Dahlen (2019)	- Tratamento eficaz da ansiedade e depressão em grávidas.
Cournow e Geraghty (2019)	- A utilização da quiroprática é eficaz no tratamento das dores de costas em grávidas.
You, Kim, Harris, e D'Alonzo (2019)	- Doze estudos revelaram uma melhoria significativa da dor nos pacientes tratados com auriculoterapia.
Woo e Hyun (2019)	- Na Coreia do Sul, entre 2007 e 2011, uma população idosa com <i>Parkinson</i> demonstrou maior eficácia no tratamento do grupo que foi submetido à medicina integrativa.

Os estudos verificam que a procura das TNC resulta pela percepção da medicina convencional apresentar efeitos secundários e basear-se numa relação pouco empática. Os doentes que recorrem às TNC têm um nível de formação superior e que recorrem a

esta, não por descrédito na Medicina Convencional, mas porque não corresponde ao seu estilo de vida (Astin, 1998 cit. por King *et al.*, 2000). A tabela 4 apresenta estudos que caracterizam socio-demograficamente a população que recorre às TNC.

Tabela 4 - Características sociodemográficas da população utilizadora das TNC

Referência do Artigo	Conclusão
Eisenberg, Kessler, Foster, Norlock, Calkins, e Delbanco (1993)	- Educação e rendimentos elevados; - Idades compreendidas entre os 25 e os 49 anos.
Vincent e Furnham (1996)	- 74,8% são do género feminino; - Mais de 40% possui formação de nível superior.
Astin (1998)	- Não há relação com o nível de escolaridade.
Kemper, Cassieyth, e Ferris (1999)	- Caracteriza a população que recorre às TNC.
King, M., Pettigrew, A., Reed, F., 2000	- Caracteriza o utilizador das TNC.
Sollner, Maislinger, DeVries, Steixner, Rumpold, e Lukas (2000)	- Maioria da população é do género feminino; - Não encontrou relação entre nível de educação e residência no meio citadino ou rural e recurso às TNC.
Neal (2001)	- Caracteriza a população que recorre às TNC.
Haetzman, Elliott, Smith, Hanaford, e Chambers (2003)	- População mais idosa, particularmente o género feminino; - Maiores recursos financeiros. Os que têm recursos inferiores podem estar interessados só que não recorrem às TNC por questões financeiras.
Barnes, Powell-Griner, e McFann (2004)	- Formação elevada.
Gerber, Scholz, Reimer, Briese, e Janni (2005)	- Jovens, vivem na cidade e possuem rendimentos elevados.
Yates, Mustin, Morrow, Gillies, Padmanaban, Atkins, Issell, Kirshner, e Colman (2005)	- Género feminino e com formação superior.
Tascilar, Jong, Verweij, e Mathijssen (2006)	- Rendimentos e nível de escolaridade elevados, jovens e do género feminino.
Chenot, Becker, Leonhardt, Keller, Donner-Banzhoff, Baum, Pfingsten, Hildebrandt, Basler, e Kochen (2007)	- Na Alemanha não existe relação entre faixa etária, nível de escolaridade e rendimentos na população que recorre às TNC.
Upchurch, Chyu, Greendale, Utts, Bair, Zhang, e Gold (2007)	- Inexistência de relação entre nível de rendimentos e recurso às TNC; - É o género feminino que mais recorre. Provavelmente porque são as que mais recorrem a serviços de saúde e são também quem gere o acesso à saúde no seio familiar.
Xue, Zhang, Lin, Costa, e Story (2007)	- A maior percentagem é do género feminino, jovens, escolaridade e rendimentos mais elevados.
Rosenberg, Genao, Chen, Mechaber, Wood, Faselis, Kurz, Menon, O'Rorke, Panda, Pasanen, Staton, Calleson, e Cykert (2008)	- Formação académica superior.
Hunt, Coelho, Wider, Perry, Hung, Terry, e Ernst (2010)	- Género feminino e formação universitária.
Canizares, Hogg-Johnson, Gignac, Glazier, e Badley (2017)	- Rendimentos e nível académico elevados.

São escassas as pesquisas que referem a dimensão da comunicação entre o doente que recorre às TNC e o médico. Quando o fazem, apenas abordam a questão: o doente comunica ao médico que está a recorrer a uma TNC e porquê. É possível encontrar uma

tendência: a maioria não partilha com o médico que é acompanhada por um profissional de TNC, justificando que o mesmo pode reagir de forma negativa, não saber como gerir a informação. Uma menor percentagem simplesmente não considera importante comunicar esta situação (Chez *et al.*, 2014).

Saliente-se que esta ausência de comunicação entre doente e médico pode perturbar o sucesso do tratamento, quer alopático quer relativo às TNC. A partilha de informação promove a participação ativa do doente e contribui para o sucesso da terapêutica (Geist-Martin *et al.*, 2009). Além disso, o médico não terá um registo clínico completo do doente, não podendo assim avaliar adequadamente a sua situação e evolução (Chez *et al.*, 2014).

Apresentamos, na tabela 5, vários estudos que referem a questão da comunicação.

Tabela 5 – Comunicação/relação doente-médico e impacto na terapêutica

Referência do Artigo	Conclusão
Eisenberg, Kessler, Foster, Norlock, Calkins, e Delbanco (1993)	- Apesar de 83% recorrer simultaneamente às TNC e alopátia, 89% não recebeu recomendação do médico e 72% não informa o médico.
Vincent e Furnham (1996)	- Problemas de comunicação com o médico.
Chez e Jonas (1997)	- 72% não informa o médico o que pode desencadear consequências; - Falta de comunicação entre os profissionais de alopátia e TNC exige que seja o doente a definir a estratégia de intervenção para a sua doença.
Astin (1998)	- Alerta para a necessidade de mais apoio por parte do médico orientando o doente.
Sikand e Laken (1998)	Pediatras: 83,5% acredita que os doentes recorrem às TNC; 76,1% acreditam que os doentes lhe diriam se recorrem; 53,3% abordam as TNC com os pacientes sendo que, em 84,7% das vezes, o tema é iniciado pelo doente; 55,2% consideram recorrer às TNC.
Kemper, Cassieyth, e Ferris (1999)	- A maioria que recorre às TNC não informa o médico, considera ser uma opção sua; - Apesar da pouca formação em TNC e da perceção de que os médicos estão contra as TNC, os pediatras têm uma atitude positiva e recorrem a elas. Mais de metade dos pediatras aborda este assunto em consulta.
Astin, Pelletier, Marie, e Haskell (2000)	- 58% não diz ao médico porque receia a reação e refere problemas de comunicação com o médico.
King, Pettigrew, e Reed (2000)	- Reforça a necessidade de formação sobre as TNC para os profissionais da medicina alopática.
Sollner, Maislinger, DeVries, Steixner, Rumpold, e Lukas (2000)	- A maioria dos pacientes não partilha com o médico.
Kemper (2001)	- Por norma, o doente não discute o interesse nas TNC com o médico; - Cerca de 50% dos médicos, incluindo pediatras, fazem medicina integrativa ou direcionam os seus pacientes para a mesma.

Referência do Artigo	Conclusão
Neal (2001)	- Identifica a falta de comunicação entre paciente/doente sobre o recurso às TNC.
Barrett (2003)	- Se pacientes recorrem às TNC, os médicos têm que dedicar atenção a este recurso porque pode ter efeitos no tratamento médico (positivos/negativos).
Wetzel, Kaptchuk, Haramti, e Eisenberg (2003)	- Menos de 40% dos doentes dialoga com o médico sobre TNC; - Os estudos recentes revelam a necessidade de formação aos médicos sobre TNC.
Barnes, Powell-Griner, e McFann (2004)	- Não partilham a informação com o médico; - Alerta para o risco da não partilha, particularmente a interação com medicação.
Coulter e Wilis (2004)	- 57% não informa o médico.
Gerber, Scholz, Reimer, Briese, e Janni (2005)	- Alerta para a necessidade da comunicação entre doente e médico.
Yates, Mustin, Morrow, Gillies, Padmanaban, Atkins, Issell, Kirshner, e Colman (2005)	- 57% que já recorrem às TNC partilham com o médico, dos que decidem recorrer posteriormente 43% informa-o; - Não partilham porque o médico não pergunta, consideram que as consultas/medicação não vai interagir com alopatria, o médico pode ter uma resposta negativa ou não ter conhecimentos sobre as TNC.
Ahn, Ngo-Metzger, Legedza, Massagli, Clarridge, e Phillips (2006)	- Apesar de uso frequente, 7,6% partilha esta informação com o médico; - Existe receio de críticas por parte do médico.
Hollenberg (2006)	- Aumenta o número de médicos com formação em TNC.
Tascilar, Jong, Verweij, e Mathijssen (2006)	- 48% não informa o médico; - Destaca a necessidade de uma atitude objetiva e sem julgamento por parte do médico.
Vickers, Jolly, e Greenfield (2006)	- Em 2004, 1 em 5 ingleses que toma medicação herbal 92% não informa o médico. Só 28% considera que esta pode interferir com a medicação; - Referem um historial negativo na relação/comunicação com o médico sentindo receio da sua reação; - O médico deve questionar e desenvolver competências de comunicação.
Xue, Zhang, Lin, Costa, e Story (2007)	- 44,9% informaram o médico, 17,9 ou seja 1 em 5 nunca o fizeram; - 57,3% afirma que consideram não ser necessário informar o médico e 24,2% afirma que o médico nunca perguntou.
Peltzer, Preez, Ramlagan, e Fomundam (2008)	- Cerca de 70% da população norte-americana que recorre às TNC não transmite esta informação ao médico.
Rosenberg, Genao, Chen, Mechaber, Wood, Faselis, Kurz, Menon, O'Rorke, Panda, Pasanen, Staton, Calleson, e Cykert (2008)	- 50% dos pacientes não partilha com o médico; - Consideram que o mesmo não aborda o assunto ou o próprio esqueceu-se de o referir.
Deng, Frenkel, Cohen, Cassileth, Abrams, Capodice, Courneya, Dryden, Hanser, Kumar, Labriola, Wardell, e Sagar (2009)	- O médico tem de saber se o doente está a recorrer às TNC, respeitar a sua decisão e responder a todas as questões que ele apresente.
Geist-Martin e Bell (2009)	- 70% não comunica por receio da reação do médico ou porque este pode desconhecer as TNC; - É fundamental promover a relação médico/doente.

Referência do Artigo	Conclusão
Kanodia, Legedza, Davis, Eisenberg, e Phillips (2010)	- 24% afirma que o médico sugeriu TNC. É possível que o médico só sugira TNC após esgotar todas as hipóteses ou quando considera que a situação é grave.
Trail-Maban, Mao, e Bawel-Brinkley (2013)	- 63-72% da população não informa; - Sugere formação na área com ligação à dor pois mais informação leva a melhor gestão da saúde; - A maioria das enfermeiras acredita estar preparada para informar pacientes sobre TNC, estão confortáveis para abordar ou responder a questões sobre o tema.
Sirois, Salamonsen, e Kristoffersen (2016)	- O paciente tem de ser visto como consumidor, a maioria das TNC é paga pelo próprio.
Bahali (2017)	- 6,2% informou o médico; - 77% dos médicos não discute o recurso às TNC e não estão preparados para tal.
Canizares, Hogg-Johnson, Gignac, Glazier, e Badley (2017)	- Mais de 50% não informa o médico. Quando o faz, aumenta a confiança e melhoria no tratamento; - 12% médicos no Canadá realizam TNC, 40% indicam para o tratamento de dores crónica e de costas.
Bahall, M., 2017	- Mais de 72% não informou o médico e, em 46% das vezes, ele não perguntou.

Apontados alguns exemplos da evolução da investigação relativa aos efeitos do recurso a TNC, salientamos que todos os estudos apresentados referem a necessidade de se continuar a estudar a aplicação das TNC particularmente nas dimensões eficácia e segurança.

2.4. Organização Mundial de Saúde e as Terapêuticas não Convencionais

A OMS estrutura a sua posição relativamente às TNC em três dimensões¹:

- Medicina tradicional: a soma de conhecimentos, competências e práticas inerentes a uma cultura. A sua eficácia pode ou não ser explicada pelo conhecimento científico;
- Medicina complementar ou alternativa: largo espectro de práticas de saúde que não fazem parte da tradição ou medicina convencional de um país e que não estão integradas no seu serviço de saúde;
- Medicina herbal: utilização de toda a planta ou partes desta no tratamento de doenças.

¹ <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>

Reconhecendo a sua importância, potencialidade e riscos na implementação das TNC, a OMS sustenta a sua intervenção em seis pilares²:

- Liderança: apoiar a integração das TNC nos serviços nacionais de saúde. Pretende suportar os esforços de cada Estado Membro através da análise, avaliação e registo das melhores práticas de cada país. Para tal desenvolveu uma rede composta por várias entidades: *International Regulatory Cooperation for Herbal Medicines (I.R.C.H.)*, *W.H.O. Collaborating Centres for Traditional Medicine*, *W.H.O. Expert Advisory Panel for T.C.I.*, *N.G.O.s – professional associations in official relations with W.H.O.*;
- Pesquisa e conhecimento: criar uma base de dados de evidências clínicas e uma plataforma de conhecimento;
- Standards, Normas e Documentos técnicos: desenvolver documentos de suporte às TNC em áreas como orientações gerais sobre qualidade e segurança da medicina herbal, questões base no uso seguro da medicina herbal e suas interações com outra medicação, metodologia para estudos clínicos em medicina tradicional; terminologia como o desenvolvimento de terminologia internacional nas diferentes TNC; desenvolvimento de referenciais para os praticantes de Acupuntura, Ayurveda, Panchkarma, Tuina e Unani;
- Desenvolvimento da capacidade institucional: realizar ações de formação inter-regionais para o desenvolvimento de representantes governamentais; desenvolvimento de referenciais para a formação em áreas como Ayurveda, Naturopatia, Nuad Thai, Osteopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Tuina e Unani; estão em desenvolvimento os referenciais para formação em ventosas, Medicina Tibetana e Yoga;
- Acompanhamento e avaliação: acompanhar a implementação de estratégias para as TNC; realizar regularmente inquéritos a nível mundial no sentido de construir uma base de dados sobre a situação de cada Estado membro e avaliar as tendências nas TNC. Nesta perspetiva, foi criada uma rede de colaboradores composta por: *International Regulatory Cooperation for Herbal Medicines (I.R.C.H.)*, *W.H.O. Collaborating Centres for Traditional Medicine*, *Expert Advisory Panel for Traditional, Complementary and Integrative Medicine*, *Non-State actors in*

² <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>

official relations como *World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (W.F.A.S.)*, *World Federation of Chinese Medicine Societies (W.F.C.M.S.)*, *World Federation of Chiropractic (W.F.C.)*, *World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy (F.E.M.T.E.C.)*, *World Self-Medication Industry (W.S.M.I.)*. Devemos destacar que Portugal faz parte da I.R.C.H.;

- Políticas baseadas em ética e evidências: apoiar cada país na implementação das TNC.

A visão e estratégia atual da OMS para as TNC está patente no documento *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023*. Os seus objetivos estratégicos são:

- Construir uma base de dados de conhecimento para uma gestão ativa das TNC através de políticas nacionais adequadas;
- Fortalecer a qualidade, segurança, uso adequado e efetividade das TNC regulando os produtos, práticas e profissionais;
- Promover a saúde integrando as TNC nos serviços nacionais de saúde.

2.5. Organização dos cuidados de saúde em Portugal relativos ao SNS

A organização dos serviços públicos de saúde, em Portugal, inicia-se em 1899 através do Decreto de 28 de dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901. Entra em funcionamento em 1903 com o objetivo de criar uma rede de prestação de cuidados globais de saúde dirigida a toda a população, financiada por impostos. Até então, os cuidados de saúde eram assegurados pelas famílias que recorriam às instituições privadas e aos serviços médicos da Previdência.

O Serviço Nacional de Saúde é da responsabilidade do Estado, mais concretamente do Ministério da Saúde, que gere todas as entidades que prestam cuidados de saúde. Estas entidades são três:

- Os agrupamentos de centros de saúde;
- Os hospitais;
- As unidades locais de saúde.

Reconhecendo a necessidade de intervenção das organizações particulares no domínio dos cuidados de saúde, a Lei n.º 2120 de 19 de julho de 1963 vem fomentar e regulamentar o seu domínio de atuação, considerando-a sempre de carácter complementar. A necessidade desta intervenção é reforçada pela Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, assumindo o Estado a responsabilidade de fiscalizar a intervenção das organizações privadas. Através do Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio surgem os Sistemas Locais de Saúde (SLS) que podem ser formados por instituições públicas ou privadas. Ao longo dos anos seguintes, foram publicados vários Decretos-Lei configurando a intervenção das entidades privadas nos cuidados de saúde, a estruturação das convenções e respetiva supervisão³.

Ao longo da sua história destacamos alguns momentos relevantes para este estudo:

- 1971: O Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro refere a importância da promoção da saúde e prevenção da doença;
- 1976: o artigo 64º da nova Constituição⁴ afirma que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover;
- 1990: A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. Destaca que a proteção da saúde é, também, uma responsabilidade dos cidadãos;
- 2003: O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, cria a rede de cuidados de saúde primários que tem, como um dos seus objetivos, a promoção da saúde;
- 2005: é publicado o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto que vem regular a forma de venda dos medicamentos não sujeitos a receita médica, particularmente fora das farmácias;
- 2006: é publicado o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Vem definir as regras de comercialização e vigilância de medicação, particularmente relevante no que diz respeito aos medicamentos homeopáticos e herbais tradicionais;

³ i. Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro; ii. Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho; iii. Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de novembro; iv. Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro; v. Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de agosto; vi. Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro; vii. Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro; viii. Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro; ix. Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro

⁴ Constituição Portuguesa (1976)

- 2015: Lei nº 104/2015, 24 de agosto. Cria o Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde (INPS), um sistema concebido para identificar os profissionais que podem exercer a sua atividade na área da saúde humana;
- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020: é obrigatório destacarmos a Prioridade 6. Esta refere que é estratégia nacional proporcionar informação ao cidadão com o objetivo de promover a sua educação e literacia em saúde. Reconhece que cidadãos mais informados serão cidadãos mais saudáveis e que estão mais preparados para se envolverem no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde.

Analisando os documentos referidos⁵, verificamos que Portugal reitera a Carta de Ottawa e as recomendações da OMS. Está também atento aos novos desafios que a sociedade atual apresenta: o desejo de cada cidadão participar não só na promoção da sua saúde como também assumir um papel ativo no tratamento da sua doença. No entanto, a procura de novas estratégias terapêuticas apresenta agora um novo desafio a Portugal e, particularmente, ao SNS. É importante verificar como se adaptará à procura emergente das TNC. Verificando-se o crescimento da oferta de serviços de saúde privados, mais concretamente, seguros de saúde que contemplam as TNC poderá ocorrer pressão por parte da população para a integração das TNC no SNS.

2.6. Terapêuticas não Convencionais em Portugal

Em Portugal, a lei utiliza três designações: “terapêuticas não convencionais”, “medicina complementar” e “medicina alternativa”. No entanto, sempre que há referências públicas, as entidades administrativas utilizam a expressão “terapêuticas não convencionais”. De acordo com Eisenber, a expressão “complementar” é de origem europeia e “alternativa” americana. Para este autor, a designação correta seria simplesmente “medicina” (Eisenber, 1990 cit. por Neal, 2001).

⁵ <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

A posição política das entidades governativas em relação à prática de TNC remonta a 2003 com a publicação da Lei 45/2003, como já foi referido anteriormente. Seguiram-se outras iniciativas legislativas (Leis e Portarias) das quais destacamos:

- Lei 45/2003: define o que são TNC, a sua autonomia e tutela;
- Lei 71/2013: regulamenta a aplicação da Lei 45/2003 definindo o acesso à profissão, a emissão de cédulas profissionais e o registo de cada profissional na Autoridade Central dos Serviços de Saúde (ACSS);
- Portaria 181/2014: define o critério de atribuição de cédulas para os profissionais que exercem até 2013;
- Portaria 207-A a G/2014: define o conteúdo funcional das profissões Acupunctura, Especialista em Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Osteopatia, Quiroprática;
- Portaria 172-B a F/2015: define o ciclo de estudos para a licenciatura em Fitoterapia, Acupunctura, Quiropráxia, Osteopatia, Naturopatia;
- Portaria 45/2018: define o ciclo de estudos para a licenciatura em Medicina Tradicional Chinesa.

Constata-se, assim, uma atenta intervenção política e reguladora das TNC. Teve como objetivos reconhecer as áreas terapêuticas, definir o que cada uma delas compreende para, depois, legitimar os profissionais que já exerciam. Posteriormente, o foco foi preparar o futuro das TNC, ou seja, os ciclos de estudos para as diferentes áreas.

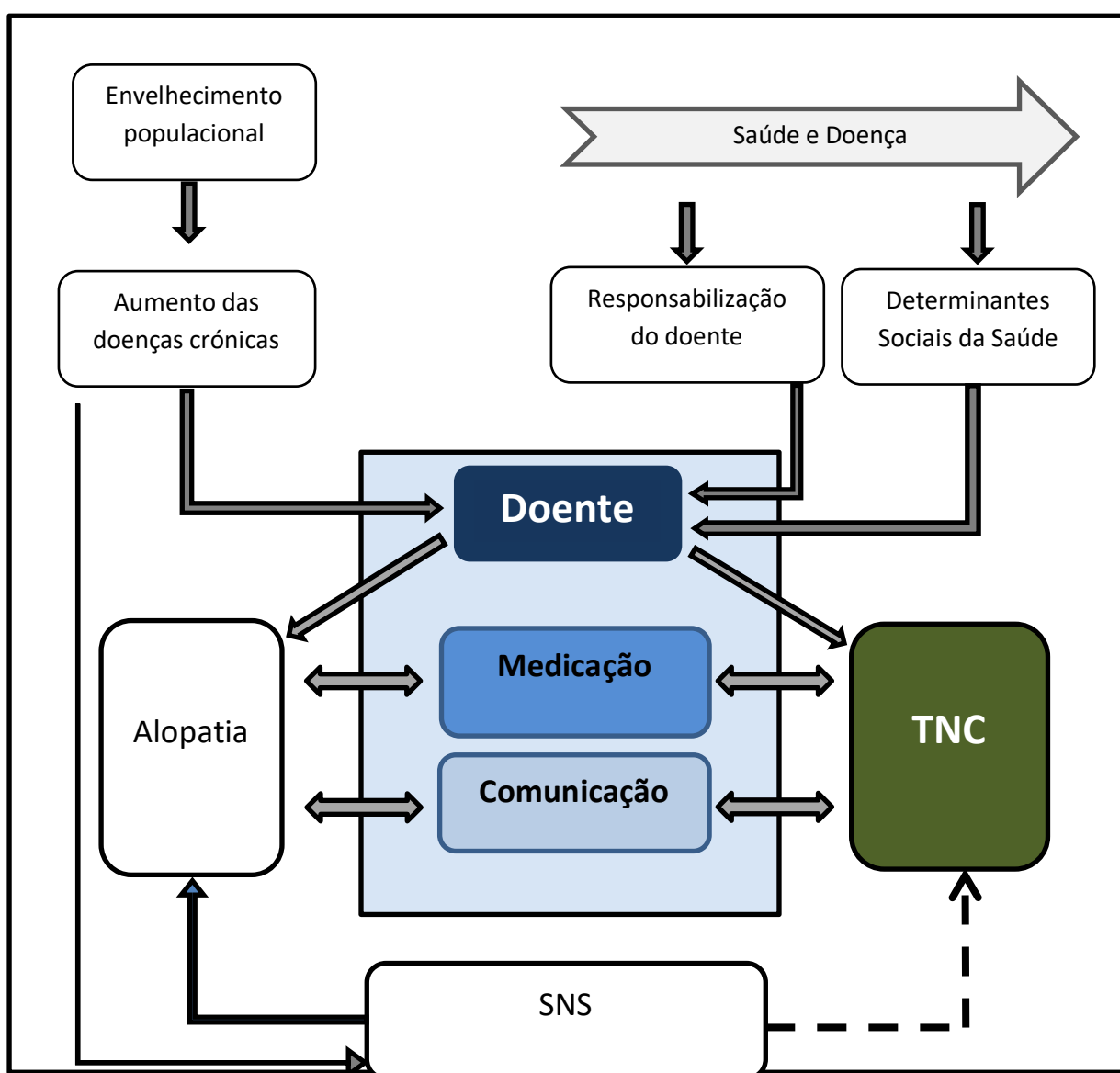
Analisando as Leis e Portarias portuguesas publicadas até à data deste projeto podemos verificar que:

- As TNC são reconhecidas;
- Os profissionais que as exercem têm de possuir uma Cédula Profissional e estarem registados no INPS;
- As TNC não estão integradas no SNS;
- O SNS português pretende que cada cidadão seja o promotor da sua saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. Modelo de Análise

Tendo presente o paradigma atual foi desenvolvido um modelo de análise, que apresentamos de seguida, com o objetivo de clarificar os conceitos, identificar as variáveis a estudar e as suas interligações.



3.2. Objetivos

Com base na revisão da leitura apresentada, pudemos perceber que a intervenção em saúde enfrenta novos desafios que se consubstanciam em promoção da saúde, capacitação dos indivíduos que procuram informação diversificada, tendo à sua disposição serviços complementares à medicina convencional, tais como as TNC.

Considerando o doente como elemento fulcral dos pontos que apresentamos, quisemos estudar de forma mais aprofundada o seu comportamento em termos de autogestão do recurso a estes serviços de saúde diferenciados. Esta pesquisa tem como objetivo geral: *Identificar as formas de gestão simultânea dos serviços de medicina convencional e terapêuticas não convencionais, caracterizando as motivações e estratégias pessoais de uma população utilizadora.*

Este objetivo permitiu-nos definir como objetivos específicos:

- i. Caracterizar uma população que utiliza, em simultâneo, os serviços de medicina convencional e terapêuticas não convencionais em termos sociodemográficos: género, faixa etária, literacia, recursos financeiros e situação profissional;
- ii. Identificar as principais motivações que levam os doentes à utilização simultânea dos serviços;
- iii. Identificar as principais patologias/problemas de saúde que levam à utilização simultânea dos serviços;
- iv. Caracterizar as formas de gestão dos diferentes tratamentos, nomeadamente a partilha e/ou omissão de informação aos profissionais, por parte do doente e a toma/abandono de medicação prescrita pelos diferentes profissionais;

- v. Determinar a designação que os doentes atribuem ao que é prescrito pelos profissionais das TNC.

3.2. Recolha de dados

3.2.1. Seleção da amostra

A amostra é constituída por todos os doentes do Instituto de Medicina Tradicional (IMT) e Fitoclinic que recorrem, simultaneamente, aos serviços de medicina convencional e TNC para o mesmo problema de saúde, no período de 2 de janeiro a 29 de março de 2019⁶, que se disponibilizaram para colaborar com o estudo. A opção por estes dois locais prendeu-se com a possibilidade de aceder a uma vasta representação da população, com possíveis características socioeconómicas diferentes.

O IMT é uma instituição de formação que desenvolve ações nas áreas das TNC e massagem, realizando cursos de média e longa duração, conferências, seminários, *workshops* e congressos. Iniciou a sua atividade em maio de 1999 em Setúbal e, cerca de um ano depois, transferiu a sua atividade para Lisboa, na Avenida Duque de Loulé. As primeiras ações de formação foram em Kinesiologia Aplicada e rapidamente iniciou outros cursos como Acupuntura e Massoterapia e Técnicos Auxiliares de Fisioterapia. Com um desenvolvimento rápido e devido à oferta de cursos de longa duração, quatro anos letivos, o IMT inaugurou uma nova sede, no Campo Grande, na Rua Alfredo Trindade 4-A. Em 2003 é inaugurada a delegação do Porto e, em 2011, a delegação de Braga. A sede e as delegações possuem sempre salas de aulas práticas e teóricas, consultórios para práticas clínicas e serviço à comunidade. Foi exatamente no serviço à

⁶ Ao estabelecer-se o protocolo com as duas instituições, e de acordo com a estimativa de doentes, definiu-se um período de recolha de dados de três meses, o maior tempo possível sem prejudicar nem inviabilizar a pesquisa

comunidade que foram aplicados os questionários, visto que qualquer pessoa poderá aceder a consultas de TNC a um valor simbólico.

A Fitoclinic encontra-se no Campo Pequeno. É uma clínica totalmente dedicada às TNC e massagens. O corpo clínico que realiza as TNC está acreditado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e os massagistas possuem formação certificada na sua área de atuação. Relativamente às TNC, a Fitoclinic dispõe de consultas de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa, Naturopatia e Osteopatia. Oferece também consultas de Medicina Ayurvédica, Psicologia, Nutrição, Macrobiótica, Terapia Sacro-craniana e tratamentos de Hidrocólon. As massagens são diversificadas: drenagem linfática manual, terapêutica, relaxamento, desportiva, para grávidas, pós-parto, Ayurvédica, Shiatsu e Tuina. Aqui foram aplicados os questionários a todos os doentes que recorrem às TNC.

É fundamental esclarecer que nesta investigação consideramos TNC exatamente o que está definido pela Lei 45/2003, ou seja, Acupunctura, Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Naturopatia, Quiroprática e Osteopatia.

3.2.2. O questionário

Os dados do estudo foram obtidos através de um inquérito por questionário⁷, construído para o efeito (anexo I). Após o término da consulta de TNC, foi entregue ao doente uma cópia do questionário, solicitando a sua colaboração. Após o seu preenchimento, o doente inseriu o questionário numa urna, localizada na receção. Este procedimento foi idêntico nos dois locais de recolha de dados, contando com a colaboração dos profissionais envolvidos, devidamente informados pelo investigador. O processo de preenchimento dos questionários foi realizado em privado e toda a equipa que colaborou no estudo foi devidamente preparada para o efeito.

⁷ Na elaboração do questionário foram consultados profissionais de TNC e respetivos doentes

De acordo com Carmo *et al.* (1988) o inquérito “é um processo em que se procura descobrir alguma coisa de forma sistemática”. O inquérito por questionário apresenta várias vantagens, fundamentalmente o controlo da subjetividade por parte do investigador e da possível dispersão das respostas dos inquiridos. Tendo em consideração o nosso objetivo, optámos pelo inquérito por questionário no sentido de recolher informações do maior número de doentes possível, que recorriam às consultas em dois locais diferentes, no período de tempo estabelecido.

Como se pode consultar no anexo I, as questões colocadas eram sobretudo de resposta fechada, objetivas, facilitando a participação dos indivíduos, para que estes não tivessem dificuldade em registar as suas respostas. No entanto, foi fundamental permitir aos inquiridos justificarem o porquê das suas respostas, sem estarem condicionados pelas opções do questionário. A opção por uma metodologia mista veio permitir uma melhor compreensão das perceções dos indivíduos que, de outra forma, estaria limitada se o inquérito por questionário não permitisse as respostas de análise qualitativa (Reichard & Cook, 1986 cit. por Carmo *et al.*, 1988).

3.2.3. Tratamento de dados

A informação recolhida via questionário foi analisada de duas formas. No tratamento das respostas fechadas recorremos a análise estatística, através do *software* SPSS 25, sendo sobretudo descritiva, através do cálculo das frequências relativas.

No que concerne às perguntas de resposta aberta, estas foram tratadas por análise de conteúdo. Foram definidas categorias de resposta no sentido de se realizar a análise da informação recolhida, o que permitiu uma avaliação conjunta com os dados quantitativos.

Tendo presente que o objetivo geral deste estudo se dirige à forma como é realizada a gestão simultânea entre os dois serviços de saúde, foi realizada uma análise descritiva. Ainda assim, as variáveis foram exploradas por análise bivariada, tendo em conta as características da população inquirida.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

Este capítulo é dedicado à apresentação e discussão dos dados obtidos. No sentido de proporcionar uma melhor leitura, optámos por organizar os resultados por grupos, confrontando os nossos resultados com pesquisas anteriores.

No período definido para a recolha de dados foram recolhidos 163 questionários, sendo 34 oriundos da Fitoclinic e 129 do IMT. Ao analisarmos os 163 questionários, verificámos que apenas 78 inquiridos afirmam que recorreram, em simultâneo e para a mesma doença, à medicina alopática e às TNC. Destes 78 questionários, 19 foram obtidos na Fitoclinic e 59 no IMT. Tendo presente que a pesquisa se focou no estudo da gestão que os doentes fazem recorrendo às duas intervenções, toda a análise dos dados irá centrar-se nestes 78 questionários. Ainda assim, consideramos interessante averiguar porque os 85 inquiridos optaram, unicamente, pelas TNC.

Clarifica-se ainda que, embora se tenha optado por apresentar as percentagens, estas serão completadas com o número absoluto de indivíduos, a que correspondem, na seguinte forma: 100% (78).

A análise dos questionários recolhidos foi realizada tendo em consideração vários parâmetros necessários à concretização dos objetivos geral e específicos previamente definidos para este estudo. Iremos, então, identificar:

- As características da população: faixa etária, género, escolaridade, rendimentos e área profissional;
- A motivação para a utilização simultânea dos serviços;
- As principais patologias/problemas de saúde que levam à utilização simultânea dos serviços;

- As formas de gestão dos diferentes tratamentos, nomeadamente a partilha e/ou omissão de informação aos profissionais, por parte do doente e a toma/abandono de medicação prescrita pelos diferentes profissionais e suas consultas;
- A designação que os doentes atribuem ao que é prescrito pelos profissionais das TNC.

Nos pontos seguintes serão apresentados os resultados obtidos e, posteriormente, a sua análise estatística, tendo presente os estudos realizados até ao momento. É fundamental lembrar que a maioria dos estudos publicados não aborda as questões base deste estudo, pelo que a análise será feita com alguns condicionantes. Apresentamos, em Anexo 2, as tabelas com os resultados das análises bi e multivariada.

4.2. Caracterização da amostra

No processamento dos dados, as idades foram distribuídas em: menores de 20, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e maiores de 70 anos. Verificamos que a faixa etária que mais recorre aos dois serviços corresponde aos 50-59 anos com 24,36% (19) e a classe de idades com menor representatividade é menor de 20 anos (1,28%) (1) (gráfico 1). O género feminino destaca-se claramente com 74,36% (58) dos inquiridos (gráfico 2).

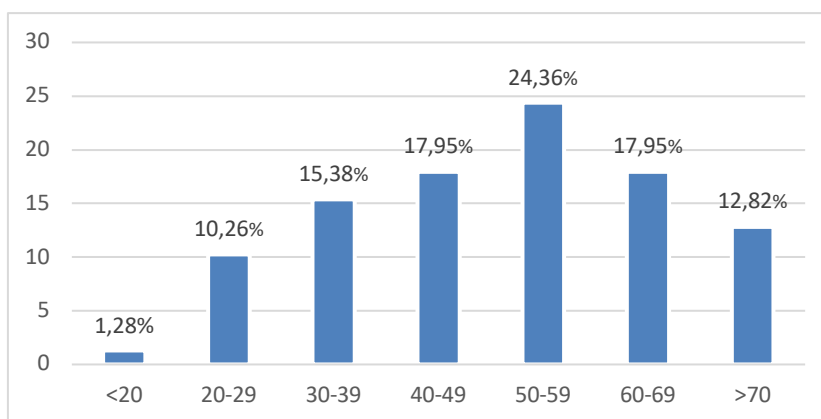


Gráfico 1 – Distribuição por idades

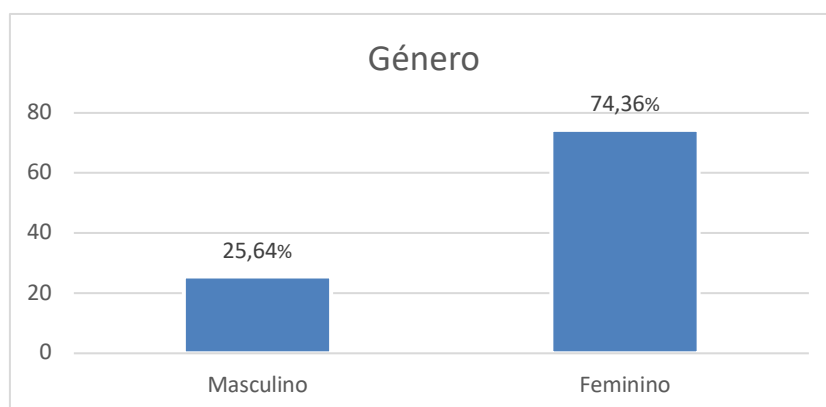


Gráfico 2 – Distribuição por género

São os licenciados que mais recorrem aos dois serviços com um valor de 38,46% (30). A população com formação entre o 10º e o 12º ano representa 23,08% (18) (gráfico 3).

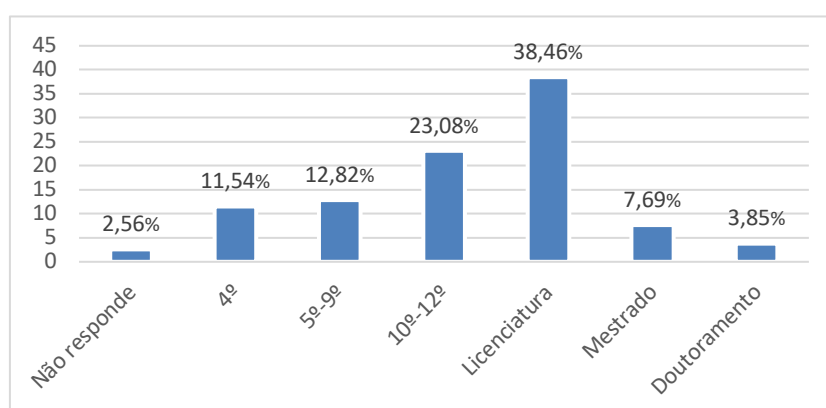


Gráfico 3 – Distribuição por grau de escolaridade

Para a análise da área profissional dos inquiridos recorremos à Classificação Portuguesa das Profissões de 2010. No gráfico 4 verificamos uma vasta diversidade de áreas profissionais onde se destacam duas com a mesma percentagem (14,10%) (11): professores e especialistas em ciências e engenharia, arquitetura, design e fotografia. São imediatamente seguidos pelos vendedores com 12,82% (10). As atividades profissionais com menor representatividade são os especialistas em assuntos jurídicos e sociais, os técnicos de saúde de nível intermédio, os operários fabris e da indústria. Cada um destes grupos representa 1,28% (1) da população.

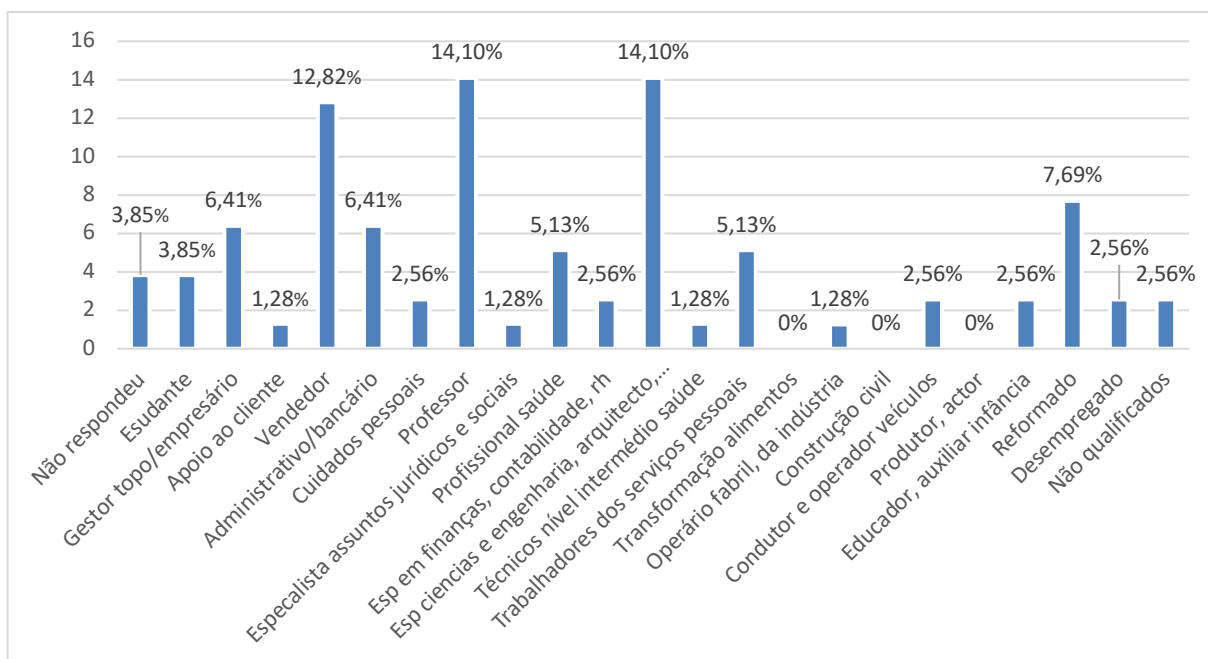


Gráfico 4 – Distribuição por área profissional

Considerando os rendimentos, a faixa que se destaca com 38,46% (30) é entre os 501-1000 euros. A distribuição pelos restantes rendimentos é: 1001-1500 com 23,8% (18), menor de 500 com 16,67% (13) e superior a 1500 com 15,38% (12) (gráfico 5).

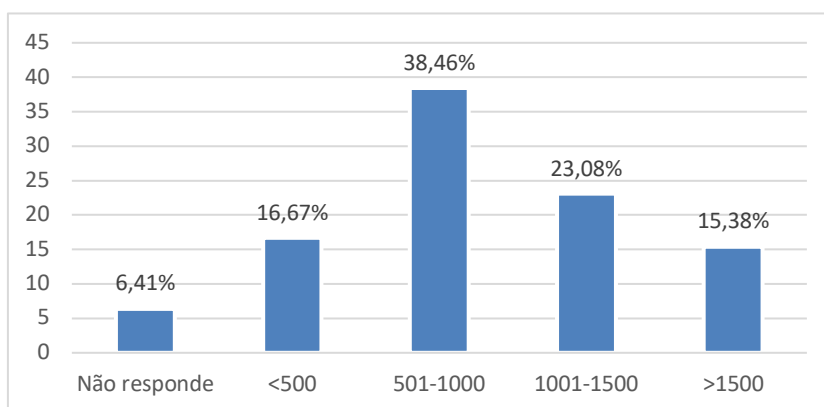


Gráfico 5 – Distribuição por nível de rendimento

Globalmente, verificamos que a população entre os 40 e os 69 anos é a que mais recorre aos dois serviços, sendo maioritariamente do género feminino. Analisando a escolaridade, a maior percentagem encontra-se entre o 10º ano e a licenciatura. Destacam-se as profissões que exigem formação de nível superior e os rendimentos entre 501 e 1000

euros. Destacamos a percentagem semelhante entre menor de 500 com 16,67% (13) e superior a 1500 com 15,38% (12).

Ao compararmos os dados obtidos com os estudos realizados encontramos uma equivalência parcial. Segundo Marmot e Bell (2012) existe uma relação direta entre saúde e as características da população. A saúde é determinada pela situação sociodemográfica do doente e não pela facilidade de acesso ao médico. Tal significa que a população com menores rendimentos e com escolaridade inferior terá uma maior probabilidade de adoecer porque não possui informação suficiente sobre como evitar situações promotoras de doença. Apresenta também uma maior dificuldade em tomar decisões sobre a sua recuperação. Outros estudos reforçam que a população que recorre às TNC apresenta um nível de formação e rendimentos superior à maioria da população (Astin, 1998 cit. por King *et al.*, 2000; Neal, 2001; Upchurch *et al.*, 2007). No entanto, segundo outro estudo, esta população poderá não recorrer às TNC por uma questão de desconhecimento ou desinteresse pelas mesmas. O não recurso será por questões monetárias (Haetzman *et al.*, 2003). É fundamental promover a literacia para a saúde e proporcionar educação, qualificação e rendimentos à população para que esta faça a melhor escolha na promoção da sua saúde (Marmot, 2017).

Considerando a faixa etária, os estudos revelam que a população que mais recorre à medicina alopática e às TNC situa-se no intervalo 35-55 anos (Neal, 2001). Esta informação é reforçada por outros estudos que determinam que é a população mais jovem que mais procura as TNC (Haetzman *et al.*, 2003).

A evidência revela que o recurso às TNC é maioritariamente realizado pelo género feminino (Haetzman *et al.*, 2003). Tal poderá ocorrer porque são estas as que mais recorrem à medicina alopática assim como assumem o papel de gestoras da saúde do agregado familiar (Upchurch *et al.*, 2007).

Assim, os estudos caracterizam, genericamente, a população utilizadora das TNC como pessoas bem informadas, jovens, com rendimento e formação superior à maioria da população (Gerber *et al.*, 2006). Considera-se que a reunião destas condições permite uma maior responsabilização pela sua saúde e capacidade financeira para procurar, decidir e aceder às diversas opções existentes para tratar da situação patológica em que se encontra. Efetivamente, atendendo às informações recolhidas para este estudo, verificamos que a faixa etária e o grau de formação dos que mais recorrem às TNC poderá significar uma maior maturidade e capacidade para tomar decisões. No entanto, a maioria situa-se entre os 40 e os 69 anos contrariamente ao que os estudos anteriores identificaram. São por norma licenciados, o que vem confirmar os dados dos estudos referidos embora a população entre o 10º e o 12º ano representar 23,08% (18) dos participantes neste estudo o que demonstra uma nova realidade. Contrariamente aos estudos realizados até ao momento, a população que mais recorre aos dois serviços apresenta rendimentos entre os 501 e 1000 euros, faixa onde se situa o atual salário mínimo nacional. Portanto, não auferem rendimentos acima da maioria da população. Confirmamos que a maioria da população utilizadora é do género feminino.

4.3. Motivação

Relativamente à decisão da consulta (gráfico 6), 53,85% (42) optou pelo recurso simultâneo por decisão própria, 35,90% (28) afirma que foi sugestão de outra pessoa e 5,13% (4) seguiu a sugestão do médico.

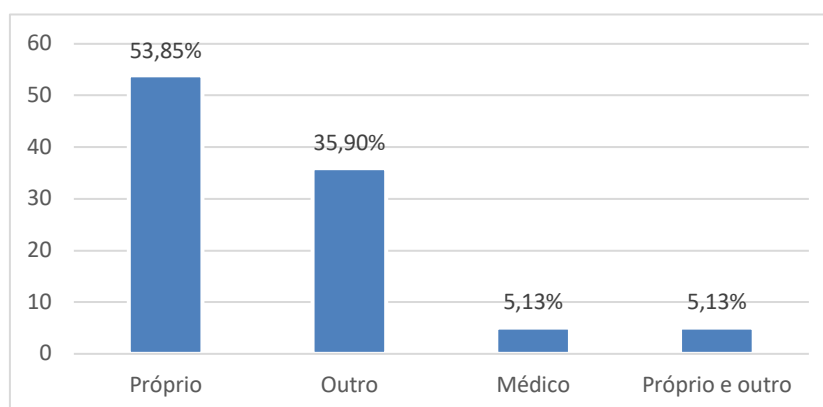


Gráfico 6 – Distribuição por decisão pela consulta

Os estudos anteriores não analisam, concretamente, esta variável. Identificamos um estudo que regista uma alteração no comportamento da população. O doente assume uma maior responsabilização na gestão da sua saúde. Deixou de reconhecer a autoridade do médico como único responsável na orientação da sua terapêutica, pretende ser um elemento ativo na gestão da sua saúde e pretende abandonar o recurso à medicação de síntese química (Coulter *et al.*, 2004). Podemos comprovar esta tendência, visto 53,85% (42) dos inquiridos ter optado pelas TNC, apesar de 35,90% (28) ter seguido a sugestão de outra pessoa. Apenas 5,13% (4) seguiu a sugestão do médico, o que confirma a tendência da decisão pessoal já apresentada pelo estudo atrás referido.

4.4. Identificação do problema de saúde

Analisando as patologias que motivaram as consultas (gráfico 7), destacam-se notoriamente as patologias músculo-esqueléticas, com 35,90% (28).

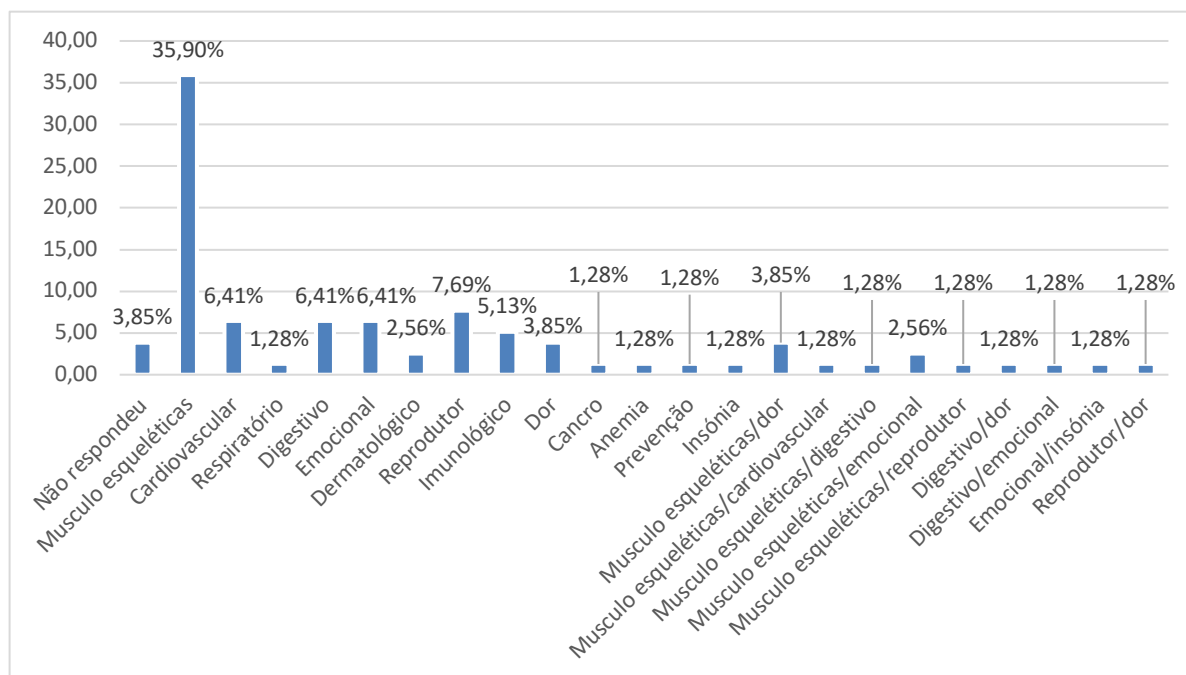


Gráfico 7 – Distribuição por problema de saúde

Esta tendência corresponde ao que os estudos anteriores haviam já registado. Um estudo realizado em 2000 identifica que a maioria das pessoas que recorre às TNC o faz por patologias músculo-esqueléticas, dor crónica, *stress* e ansiedade (King *et al.*, 2000). Em 2003 outro estudo identifica que 78% da população que realiza consultas de TNC o faz por questões músculo-esqueléticas (Haetzman *et al.*, 2003) e, em 2007, confirma-se esta tendência (Upchurch, *et al.*, 2007).

4.5. Formas de gestão: comunicação, medicação, consultas

A análise das estratégias de autogestão dos inquiridos no acesso aos dois serviços de saúde implicou a exploração das dimensões: comunicação, toma ou não de medicação e gestão das consultas a que recorre.

4.5.1. Comunicação

Conforme se representa no gráfico 8, existe uma ligeira diferença entre os que afirmam que comunicaram ao médico que iriam recorrer às TNC e os que não comunicam (33 e 42, respetivamente).

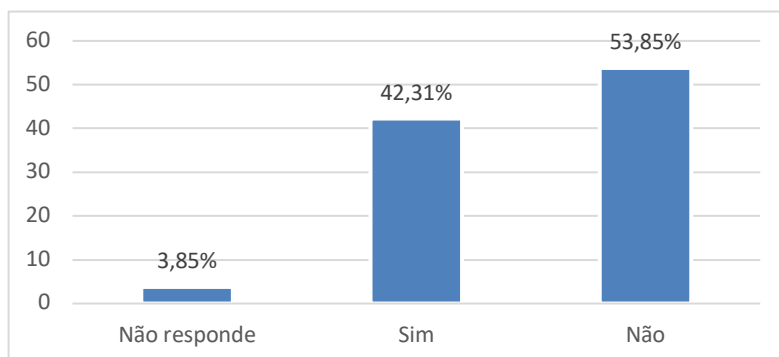


Gráfico 8 – Informou previamente o médico

Após realizarem a consulta de TNC 65,38% (51) afirma que irá transmitir esta informação ao médico (gráfico 9).

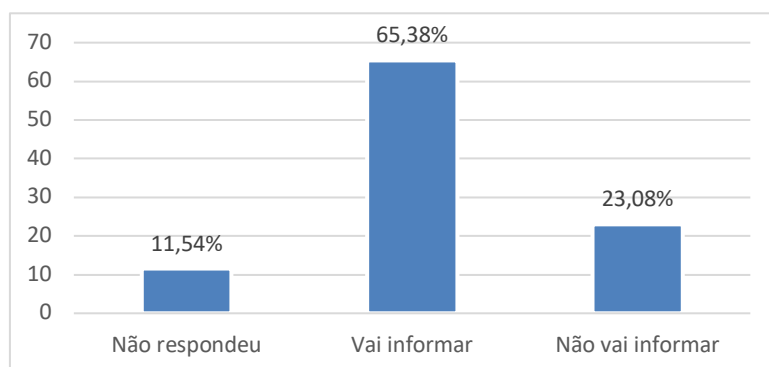


Gráfico 9 – Vai informar o médico após a consulta de TNC

Tendo presente os 51 inquiridos que irão informar o médico, 72,55% (37) irá fazê-lo porque considera que existe complementaridade ao recorrer às duas terapêuticas (gráfico 10).

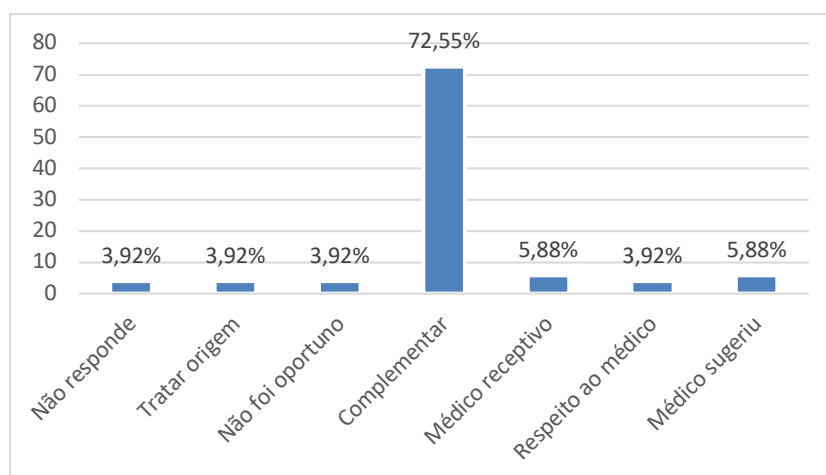


Gráfico 10 – Porque vai informar o médico do recurso às TNC

Quanto aos 18 doentes decidem não informar o médico sobre o recurso às TNC, as justificações são variadas. No gráfico 11 destaca-se a falta de credibilidade atribuída pelo médico às TNC com 33,33% (6). Parte da população, 22,22% (4), afirma que o médico não tem de saber e 16,67% (3) afirma recear a resposta do médico. É fundamental

verificar também que 5,66% (1) afirma que sente um problema de comunicação com o médico.

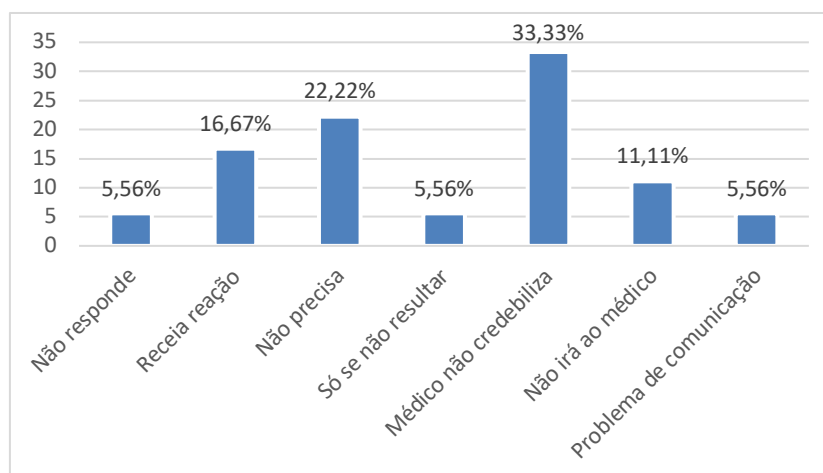


Gráfico 11– Porque não vai informar o médico do recurso às TNC

Relativamente à comunicação com o profissional de TNC (gráfico 12), grande maioria (92,31%) (72) afirma que lhe transmitiu que havia recorrido ao médico.

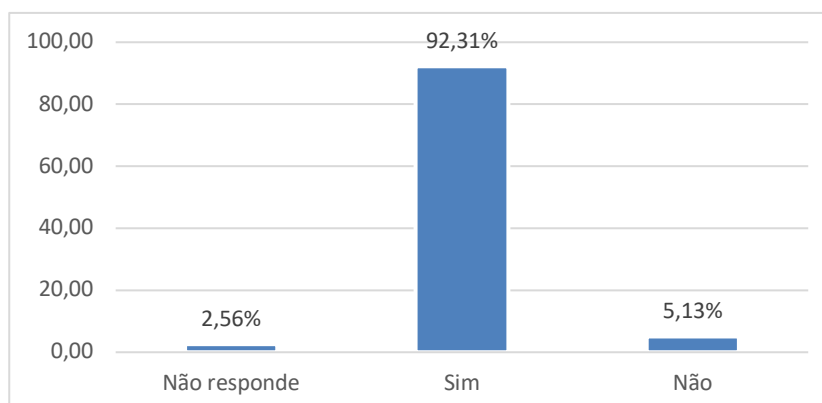


Gráfico 12 – Informou o profissional de TNC que consultado um médico

Quarenta e sete respondentes consideram que o profissional de TNC tem que ser informado para que se promova uma integração entre os dois serviços de saúde (63,51%) (47). Encontramos o mesmo resultado em duas respostas (gráfico 13): deve existir total

transparência entre o doente e o profissional de TNC e existe uma boa relação com o profissional (5,41%) (4).

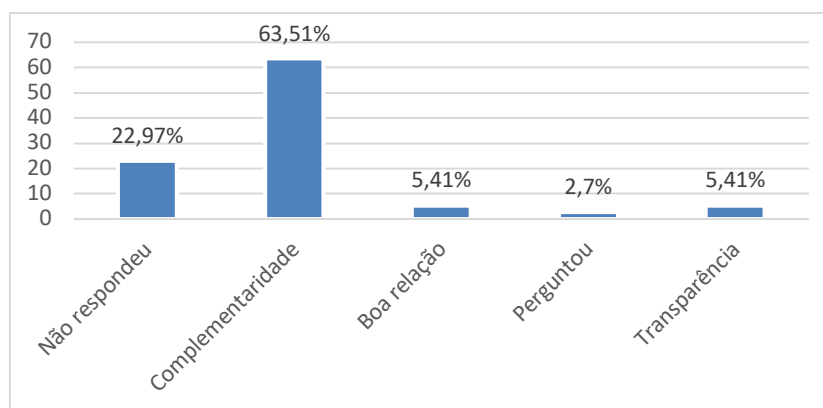


Gráfico 13 – Porque informou o profissional TNC que tinha consultado o médico

4.5.2. Medicação

Após a consulta com o profissional de TNC 61,54% (48) vai continuar a tomar a medicação prescrita pelo médico (gráfico 14).

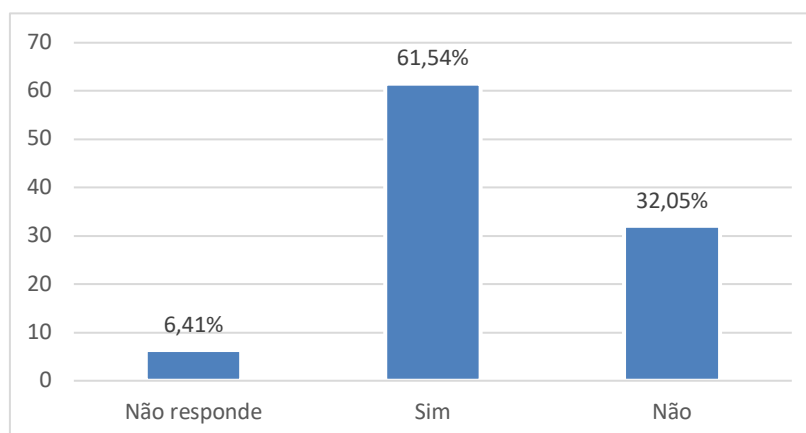


Gráfico 14 – Após a consulta TNC vai continuar a medicação alopática

Justificam a sua decisão porque pretendem melhorar a sua condição de saúde (60,87%) (28), 10,87% (5) para tratar outras doenças e 4,35% (2) porque confia no médico (gráfico 15).

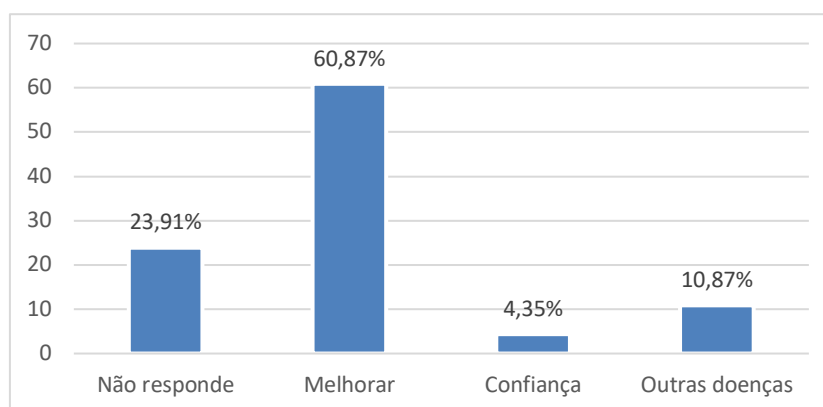


Gráfico 15 – Porque mantém a medicação

Os que decidem abandonar a medicação alopática irão fazê-lo porque não usa medicação alopática 18,52 (5), sentem que o medicamento não está a proporcionar os resultados desejados 18,52% (5) e, 14,81% (4), não a tem (gráfico 16).

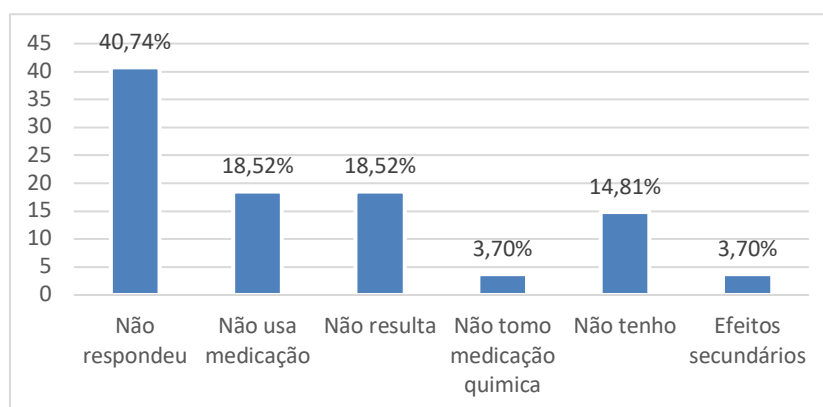


Gráfico 16 – Porque abandona a medicação

Relativamente à prescrição do profissional de TNC, no gráfico 17 constatamos que a grande maioria a irá continuar a tomar (86,79%) (46).

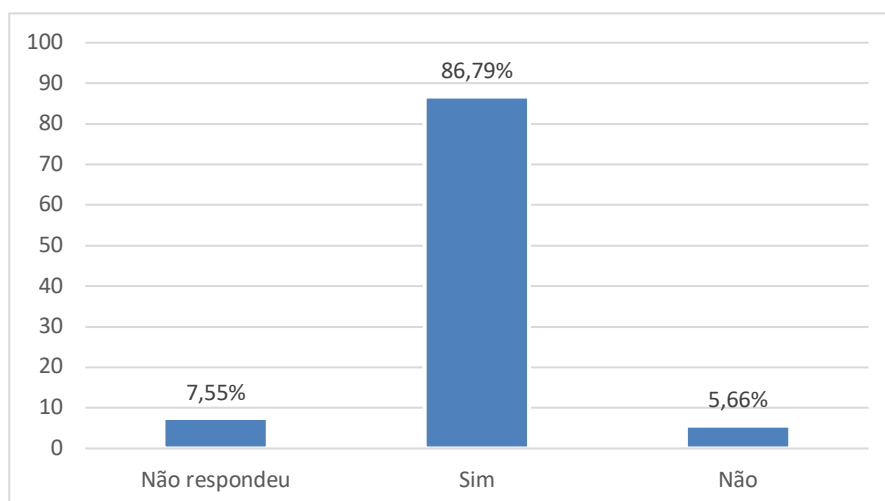


Gráfico 17 – Vai tomar a prescrição da TNC

A justificação é muito semelhante à apresentada para a medicação alopática (gráfico 18). Assim, 45,65% (21) irá fazê-lo porque pretende melhorar, 23,91% (11) porque lhe foi prescrito e 10,87% (5) porque não contém químicos.

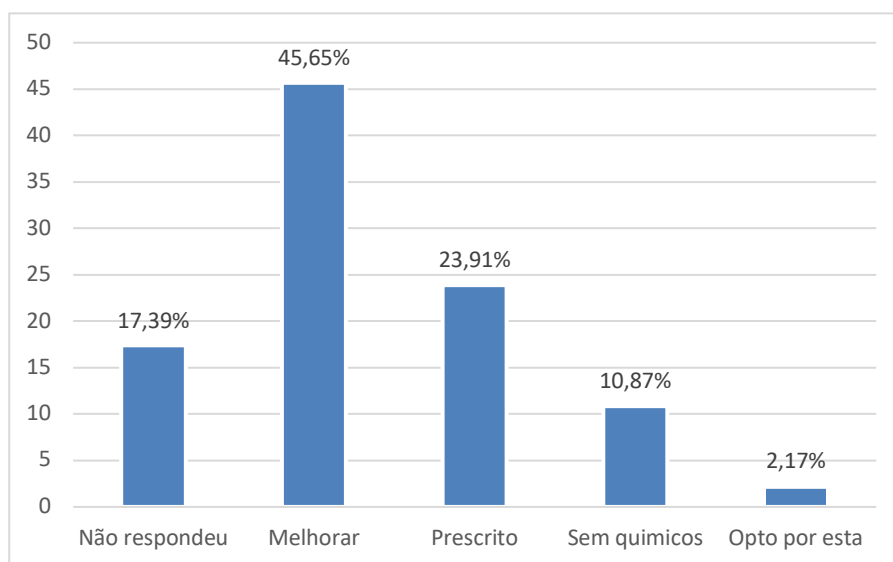


Gráfico 18 – Porque vai tomar a prescrição da TNC

Quando a resposta é negativa, as três justificações apresentam a mesma percentagem: pretende falar primeiro com o médico sobre a medicação prescrita, receia a interação com a medicação alopática que está a tomar e porque sentiu uma reação negativa quando tomou prescrição das TNC (gráfico 19).

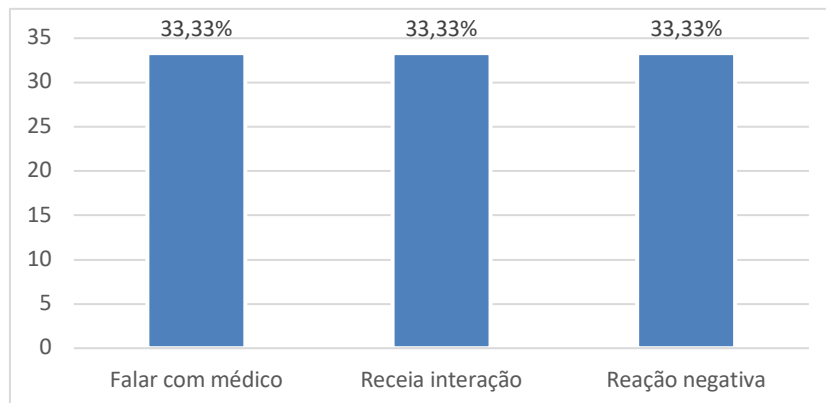


Gráfico 19 – Porque não vai tomar a prescrição da TNC

4.5.3. Consultas

Após a consulta de TNC, 52 indivíduos (66,67%) afirmam continuar a recorrer à alopatia e 11,54% (9) não o fará (gráfico 20).

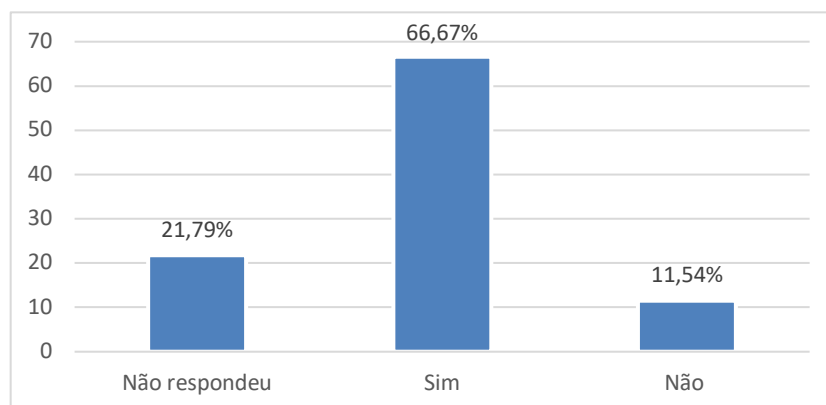


Gráfico 20 – Vai continuar as consultas alopáticas

Quando questionado porque o fará, 28,85% (15) afirma que pretende tratar outras doenças, 19,23% (10) porque necessita das consultas alopáticas para poder realizar exames, 11,54% (6) porque está integrada no SNS e necessita deste serviço, e 13,46% (7) porque pretende ser acompanhado pelas duas terapêuticas (gráfico 21).

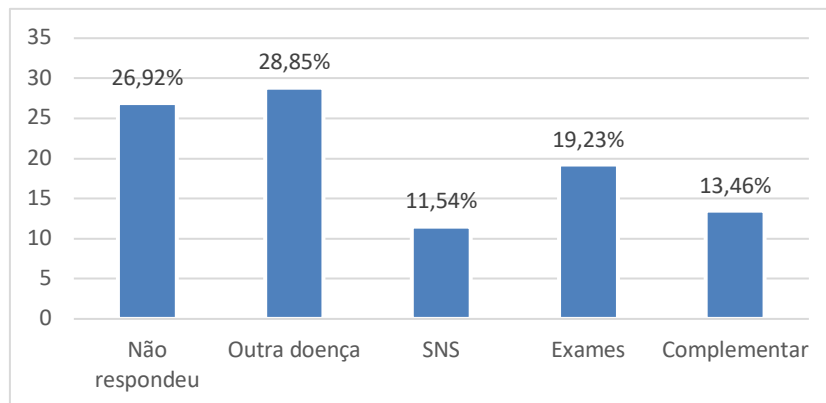


Gráfico 21 – Porque vai continuar as consultas

Dos que vão abandonar a medicina alopática, metade afirma que a medicação não está a produzir os efeitos desejados e, a outra metade, sente que deixou de precisar de recorrer às consultas (gráfico 22).

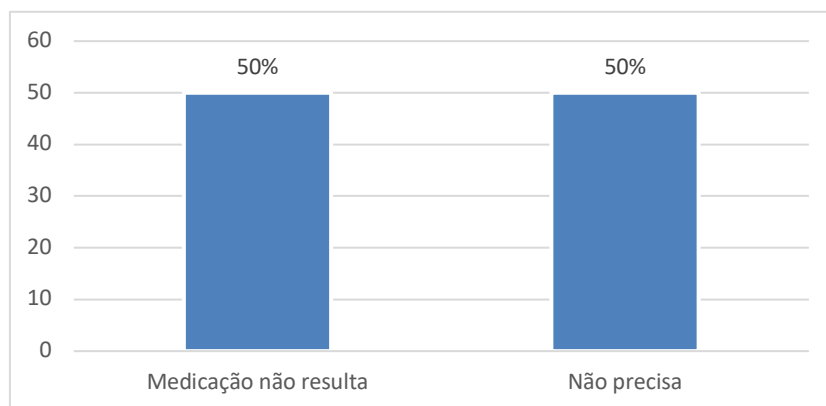


Gráfico 22 – Porque não vai continuar as consultas alopáticas

No gráfico 23 podemos verificar que a grande maioria dos inquiridos irá continuar a recorrer às consultas TNC.

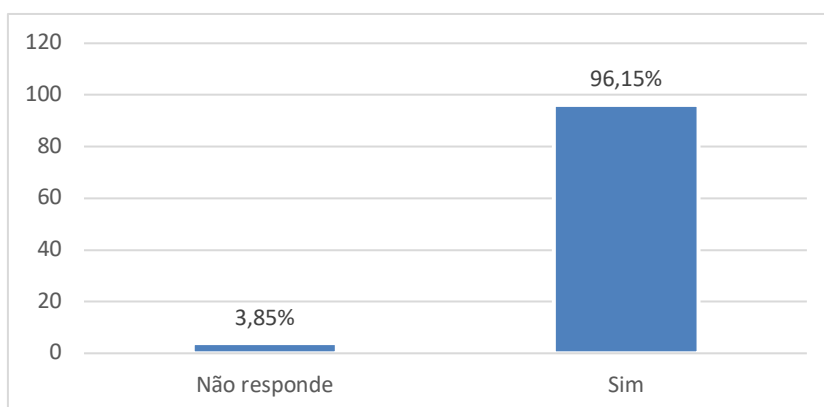


Gráfico 23 – Vai continuar as consultas TNC

Esta opção ocorre porque se identifica com a abordagem da TNC e não ter que se tratar com substâncias de síntese química (33,33%) (25), 32% (24) porque considera que é a forma adequada de se tratar, 9,33% (7) porque pretende ser tratado de forma complementar, ou seja, recorrer às duas terapêuticas e, 8% (6), apreciou a atenção e profissionalismo (gráfico 24).

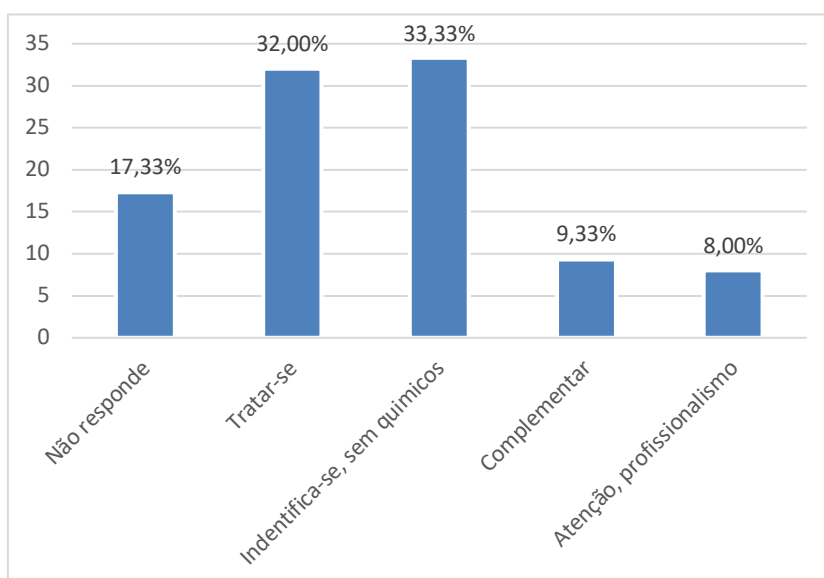


Gráfico 24 – Porque vai continuar as consultas TNC

4.5.4. Considerações sobre as formas de gestão no recurso às duas terapêuticas

Considerando a comunicação entre o doente e o médico, verificamos que 53,85% (42) dos inquiridos não comunica que decidiu recorrer às TNC. Constatamos também que 65,38% (51) partilha esta informação com o médico após ter recorrido às TNC. Consultando os estudos realizados verificamos que, inicialmente, existia uma lacuna porque estes não averiguavam a comunicação entre doente e o médico (Neal, 2001). Posteriormente, um estudo identifica que cerca de 57% não partilha com o médico o recurso às TNC (Coulter *et al.*, 2004). Baseando-nos na informação agora recolhida, identificamos um novo paradigma. O número de pessoas que decidiu partilhar com o médico que iria recorrer às TNC é ligeiramente superior (10%) aos que decidiram não partilhar. No entanto, 65% decidiu informar o médico após a consulta de TNC, o que demonstra uma alteração quando comparamos os valores atuais com o estudo de Coulter *et al* (2004) em que 57% tomou esta decisão. Apesar de não existir evidência sobre o porquê de partilharem esta informação, consideramos que avaliar esta situação é de extrema importância, pois o comportamento da população está a alterar-se. Assim, quando questionados sobre o motivo para partilhar esta informação destaca-se o desejo de existir complementaridade entre as duas áreas (72,55%). Consideram que o modelo ideal será a medicina integrativa.

As justificações para não informar o médico são variadas, sendo a mais representativa considerar que o médico não atribui credibilidade às TNC. Ainda que tenha sido apontado por uma pequena parte da amostra, é fundamental destacar que 5,66% (1) afirma que existe um problema de comunicação com o médico, não se sentindo confortável para partilhar esta informação. Estes resultados são semelhantes aos obtidos em pesquisas anteriores. Um estudo de 2009 revela que 70% não partilha o recurso às TNC com o médico porque receia que este fique inseguro, não aceite, fique hostil ou que não conheça o suficiente as TNC não sabendo assim como lidar com a situação (Geist-Martin *et al.*, 2009). Também o estudo de Chez *et al.* (2014) revela que a maioria dos doentes (72%) não partilha com o médico o recurso às TNC porque considera que o mesmo pode reagir de forma negativa, poderá não ter informação suficiente para integrar a terapêutica TNC

na sua prática clínica ou, a menor percentagem, simplesmente não considera importante comunicar esta situação. Na pesquisa que agora realizamos verificamos que 65,38% (51) decide partilhar, o que demonstra uma evolução significativa relativamente aos estudos apresentados. No entanto, as justificações para não partilhar com o médico continuam a ser semelhantes, permanecendo o receio da forma como o médico irá reagir e acredita que não tem que partilhar esta informação. A falta de comunicação entre doente e o seu médico é uma questão extremamente importante, visto que pode alterar o sucesso do tratamento. É impossível criar um registo clínico completo sem que o doente informe, detalhadamente, o médico sobre todas as terapêuticas a que recorre. Sem estes dados, o médico não poderá avaliar corretamente a situação e evolução clínica do doente (Chez *et al.*, 2014). A partilha de informação promove a participação ativa do doente e contribui para o sucesso da terapêutica. É um processo de responsabilização de ambos, como que um trabalho em equipa em que a comunicação é sobre a pessoa que se encontra doente e não sobre a doença. Para tal, é preciso reconhecer o papel do doente e criar empatia com o mesmo (Geist-Martin *et al.*, 2009). O doente precisa de ser orientado, conhecer as possibilidades terapêuticas, as suas limitações e, sem comunicação, tal será impossível. Se não se sente confortável na comunicação com o médico dificilmente o poderá fazer (Chez *et al.*, 2014). Os nossos resultados confirmam que esta falta de comunicação se mantém dificultando a análise crítica da evolução da doença do doente, a sua orientação terapêutica e, eventualmente, a sua melhoria.

Verificamos respostas diferentes na relação com o profissional de TNC, com a esmagadora maioria a informar o profissional de TNC que havia recorrido ao médico. Consideram que o profissional de TNC tem que ser informado para que se promova uma integração entre os dois serviços de saúde ou para que exista transparência entre o doente e o profissional de TNC. Esta facilidade na comunicação com o profissional de TNC também se confirma em estudos anteriores. Os doentes revelam que, numa consulta de TNC, ocorre um diálogo sobre a sua situação de saúde, as possíveis estratégias de intervenção e as mesmas são decididas de forma conjunta (Maizes *et al.*, 2009).

Apurámos que após a consulta com o profissional de TNC a maioria vai continuar a tomar a medicação prescrita pelo médico, tomando esta decisão sobretudo porque deseja melhorar a sua condição de saúde, confia no médico ou deseja complementar a medicina alopática com a TNC. Considerando a mesma questão relativamente à toma da prescrição do profissional de TNC, a grande maioria também afirma que a seguirá, com justificações semelhantes às anteriores: pretende melhorar, porque lhe foi prescrita e porque não contém químicos. Quando a resposta é negativa, a justificação distribui-se por pretender falar primeiro com o médico sobre a medicação, o receio da interação com a medicação alopática que está a tomar e porque sentiu uma reação negativa. Estes resultados são complementares de pesquisas anteriores que concluíram que os doentes que procuram as TNC têm como objetivo evitar os efeitos secundários que encontram na medicação da medicina alopática (Gerber *et al.*, 2006).

Após a consulta de TNC, a maioria irá continuar a recorrer à alopatia para tratar outras doenças, realizar exames e recorrer ao SNS ou porque pretende a solução de complementaridade para a sua saúde. Toda a amostra afirma que irá continuar as consultas das TNC. Esta opção por complementar os tratamentos já havia sido demonstrada em estudos anteriores. Na pesquisa de Haetzman *et al.* (2003) concluiu-se que 85,9% da população que recorre às TNC combina as duas estratégias. Também Upchurch *et al.* (2007) referem que metade da população considera uma boa estratégia combinar as duas terapêuticas e, mais atual, Maizes *et al.* (2009) revelam que a tendência é iniciar o seu tratamento pela medicina alopática e depois recorrer às TNC. Os nossos resultados permitem confirmar que maioria dos doentes não está descontente com a medicina alopática e pretende continuar a ser seguida pela mesma. Devemos destacar que 52 indivíduos (66,67%) referem que pretende recorrer à mesma porque esta se encontra integrada no SNS 11,54% (6) e porque é através da medicina alopática que pode realizar exames complementares de diagnóstico 19,23% (10).

Ainda que uma pequena parcela da amostra 11,54% (9) há inquiridos que irão abandonar a medicina alopática. Suportam esta decisão pelo facto da medicação não estar a resultar e porque consideram que já não necessitam da mesma. Por sua vez, todos os participantes

pretendem continuar com as consultas TNC, porque se identificam com a sua abordagem e lhes agrada o facto de serem tratados sem químicos (33,33%) (25). Segundo King *et al.* (2000), os que decidem abandonar a medicina alopática referem que esta é despersonalizada, apresenta efeitos secundários e procuram uma abordagem holística com a qual se identificam. Desejam assumir o controlo da sua saúde. Outros estudos vêm reforçar estas informações como não corresponder ao seu estilo de vida (Astin, 1998 cit. por King *et al.*, 2000), ser demasiado fria, despersonalizada e apresentar efeitos secundários a evitar (Astin, 1998 cit. por King *et al.*, 2000). Revelam o desejo de procurar estratégias alternativas que estão de acordo e são coerentes com as suas crenças e estilo de vida (Gerber *et al.*, 2006). Consideram que a medicina alopática já não lhes proporciona respostas para o seu problema de saúde (Upchurch, *et al.*, 2007) e questionam os efeitos secundários da medicação (Maizes *et al.*, 2009). À semelhança, a nossa pesquisa revela a identificação dos inquiridos com a abordagem e estratégias das TNC e o facto de o tratamento ser realizado sem recursos a substâncias químicas.

Quando questionados sobre a sua perceção da designação do que foi prescrito pelo profissional de TNC a maioria dos inquiridos não responde. Para 21,79% (17) a prescrição é um medicamento, 15,38% (12) um suplemento e, para 14,10% (11), uma planta medicinal (gráfico 25). Tratam-se de questões pouco exploradas mas cuja reflexão é de extrema importância. As representações sociais associadas aos produtos prescritos podem influenciar o comportamento do doente e, consequentemente, os efeitos dos tratamentos.

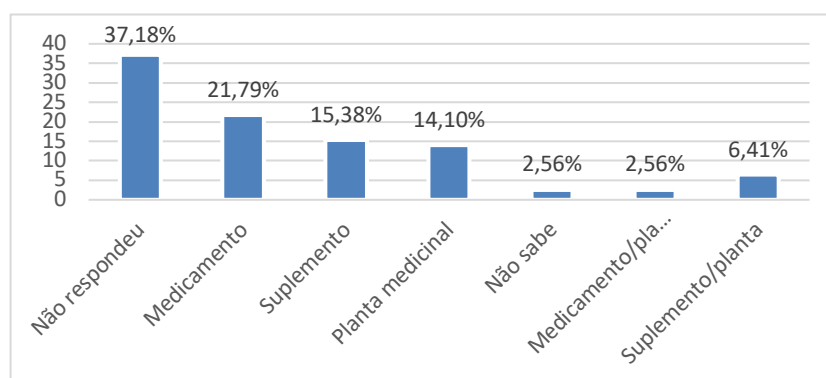


Gráfico 25 – O que prescreveu o profissional TNC

4.5.5. Formas de gestão consoante as características da amostra

Neste subcapítulo iremos analisar os resultados dos questionários de acordo com as características sociodemográficas da população inquirida: i. Idade; ii. Género; iii. Escolaridade; iv. Rendimentos. Tratam dos resultados relativos à análise bivariada, apresentando apenas os valores mais relevantes de acordo com os objetivos deste estudo.

4.5.5.1. Formas de gestão: análise bivariada

Considerando a variável idade (tabelas 1 a 21, anexo II), verificamos que é maioritariamente o próprio que opta pelo recurso simultâneo das duas terapêuticas. É nas idades mais avançadas que seguem a sugestão de outros, sendo também aqui que surge a sugestão do médico, embora de forma pouco expressiva. Poderemos considerar que é neste momento da vida que o indivíduo percebe que necessita de orientações de outrem, provavelmente porque poderá acreditar ter diminuídas as suas capacidades de avaliação das melhores opções para si.

Os indivíduos que maioritariamente informam o médico têm idades superiores a 40 anos. No entanto, os resultados distribuem-se ao longo das várias faixas etárias impossibilitando a definição de uma tendência. Após a consulta de TNC, os que mais informam o médico encontram-se entre os 30 e os 59 anos justificando a sua decisão porque pretendem complementar o tratamento que estão a realizar na medicina alopática. Esta faixa da população assume a responsabilização pela sua saúde e considera que a mesma passa pela integração. Esta só será efetiva se todos os participantes estiverem devidamente informados. São os indivíduos com idades superiores a 60 anos que ocultam a informação ao médico. Consideram que o médico não acredita e que não precisa de saber. É importante questionar se, efetivamente, lhes foi transmitida esta informação ou se é esta a sua perceção, o que promove racionalizações como não necessita de ser informado com todas as implicações que a mesma trará para uma avaliação incorreta do seu historial clínico.

Ao analisarmos a atitude perante o profissional de TNC verificamos que, a partir dos 30 anos, a maioria informa que recorreu ao médico com o objetivo de complementar o seu tratamento.

A maioria dos indivíduos que abandona a medicação alopática tem mais de 50 anos e afirma que o faz porque não resulta. Este resultado vem confirmar que o envelhecimento populacional poderá ser um dos fatores que promove o crescimento da procura das TNC como resposta a doenças crónicas e debilitantes, bem como situações de comorbilidade (que implicam a toma de um grande número de medicamentos). No entanto, os nossos resultados revelam que, a partir dos 30 anos, os inquiridos mantêm a medicação alopática para tratar a sua doença.

Ao questionarmos sobre a designação atribuída ao que é prescrito pela TNC, verificamos que a maioria não responde, o que poderá revelar desconhecimento. Das respostas obtidas destacamos que os produtos são considerados um medicamento e uma planta medicinal. Estas respostas atribuem valor terapêutico às TNC, podendo corresponder a uma maior tomada de consciência por parte dos doentes dos efeitos secundários do que lhes é prescrito, assim como das possíveis interações com os medicamentos. São maioritariamente os que se situam nas faixas acima dos 40 anos que vão tomar a prescrição da TNC assumindo a mesma atitude com que tomam a medicação alopática: tratamento e confiança no profissional que a prescreve.

A maioria da amostra continuará as consultas alopáticas. Devemos destacar que os indivíduos mais jovens pretendem a medicina integrativa e, à medida que a idade vai avançando, desejam realizar exames complementares de diagnóstico. Todas as faixas etárias continuam as consultas das TNC. Esta decisão é suportada pelo facto de pretenderem tratar a sua doença e se identificarem com as TNC e, em faixas etárias superiores, desejarem uma solução sem químicos. O ciclo de vida reflete-se nestes resultados. Indivíduos jovens estão mais informados, são mais exigentes e questionam as opções que lhes apresentam. Mais tarde, os exames surgem como um recurso importante

que a alopatia disponibiliza, estão preocupados com o que têm vindo a tomar ao longo da sua vida e as estratégias sem químicos apresentas pelas TNC são apreciadas.

Analisando a variável género, há que relembrar que é o feminino que mais recorre às TNC. São sobretudo os elementos do género feminino que afirmam que o médico não precisa de saber que recorrem às TNC. Estes dados são relevantes ao considerarmos que são as mulheres que muitas vezes tomam decisões pelo seu agregado familiar. Poderemos considerar várias razões como problemas de comunicação com o médico, antecipando-se e protegendo-se de uma situação de conflito, ou a assunção de que a opção é do indivíduo pelo que o médico não tem que ser informado.

É também maioritariamente o género feminino que abandona a medicação alopática, embora os dois o façam pelo mesmo motivo: consideram que a medicação não é eficaz e também a tomam com o objetivo de tratar a sua doença.

Embora os dois géneros optem por tomar o que lhes foi prescrito em TNC, para o masculino trata-se de uma questão de confiança enquanto o feminino também o faz porque pretende melhorar a sua doença e porque é uma solução sem químicos. Confirmamos a tendência do género masculino em confiar e seguir as sugestões de outros, tal como no momento em que decide realizar consultas das TNC.

Ambos vão continuar as consultas de TNC porque pretendem uma solução sem químicos. O género masculino identifica-se com a abordagem e o feminino acredita ser uma estratégia para tratar a sua doença. Estes dados estão presentes nas tabelas 22 a 42, anexo II.

A análise da escolaridade é apresentada da tabela 43 à 63 no anexo II. Verificamos que são os indivíduos que estão no intervalo 10º-12º ano e os licenciados que

maioritariamente decidem, de forma autónoma, recorrer às TNC. Apesar de um nível de escolaridade elevado, o médico surge como um elemento de confiança, influenciando dois inquiridos com mestrado. As respostas dos licenciados acerca da comunicação com o médico antes de consultarem uma TNC apresentam o mesmo valor (15) entre os que o fazem e os que decidem não o fazer.

Relativamente à designação atribuída à prescrição do profissional de TNC, a resposta mais significativa situa-se no grupo dos licenciados que consideraram ser um medicamento. A maioria vai seguir a prescrição com o objetivo de melhorar a sua saúde e por uma questão de confiança.

São os indivíduos menos escolarizados (4º-9º anos) que falarão primeiro com o médico para decidir se vão ou não tomar a prescrição da TNC. Verificamos que uma escolaridade mais elevada potencia a decisão autónoma e uma avaliação assertiva da sua estratégia terapêutica assumindo responsavelmente o seu papel enquanto decisor.

O mesmo grupo já destacado (10º-licenciatura) afirma que deseja manter as consultas alopáticas. Fazem-no porque pretendem tratar outra doença e pela necessidade de realizar exames. Desejam continuar as consultas TNC porque se identificam com a abordagem, por não ter químicos e pretenderem tratar a sua doença. Confirmamos o desejo que foi sendo revelado pelos doentes ao longo deste estudo: a medicina integrativa e o recurso a estratégias menos invasivas e com menos efeitos secundários.

Analisando a variável rendimento, verificamos que se destaca a faixa compreendida entre os 501-1000 euros. Estes inquiridos não informam o médico que irão recorrer às TNC e, após esta consulta, a distribuição é semelhante entre partilhar e não partilhar com o médico. Se o informam é porque desejam complementar o tratamento. Se não o fazem é porque consideram que o médico não acredita, não tem que saber e recebe a sua reação. Todos informam o profissional de TNC que recorreram ao médico, particularmente nas

faixas superiores a 500 euros. Partilham esta informação porque desejam complementar o seu tratamento. Estes resultados revelam uma evolução na atitude do doente, embora a mesma tenha que ser reforçada e motivada pelo médico.

Os inquiridos que se destacam na análise do rendimento (501-1000 euros) são os que mais abandonam a medicação alopática. A maioria opta pela prescrição da TNC apesar de não saberem que designação lhe atribuir. É fundamental promover a correta informação sobre o que é efetivamente prescrito, permitindo aos doentes tomarem decisões conscientes que podem afetar o seu estado de saúde.

Este grupo que temos vindo a analisar, que recebe 501-1000 euros, afirma que irá continuar as consultas alopáticas com o objetivo de realizar exames e porque pretende tratar outra doença. Confirmamos o desejo de integração das várias intervenções terapêuticas de acordo com o que cada doente perceciona como sendo a melhor solução para si. Sabendo que cerca de metade não informa o médico do recurso aos dois serviços distintos, há que promover este diálogo para que as escolhas sejam as mais acertadas e combinadas de forma correta.

Questionados sobre se continuam as consultas TNC, destacam-se os rendimentos 501-1500 euros com respostas positivas, sobretudo porque: i. a procura de soluções que refletem o seu estilo e opções de vida; ii. o desejo de evitar os efeitos secundários da medicina alopática; iii. a procura de uma solução integrada. Estes dados estão presentes nas tabelas 64 a 84, anexo II.

4.5.5.2. Formas de gestão: análise multivariada

Os resultados dos inquéritos identificaram que o grupo da amostra que mais utiliza os dois serviços de saúde em simultâneo caracteriza-se sociodemograficamente por: i. idade entre os 40 e os 69 anos; ii. género feminino; iii. escolaridade entre o 10º e a licenciatura;

iv. auferir rendimentos entre os 501 e os 1500. Considerámos relevante analisar os questionários de acordo com o perfil que identificámos.

É, maioritariamente, o próprio que decide optar pelo recurso à medicina alopática e às TNC. Verificando a comunicação prévia com o médico, identificamos que o número de indivíduos que comunica o recurso às TNC é semelhante ao que não comunica. Após a consulta de TNC, a maioria decide informar o médico porque deseja complementar o tratamento que está a realizar. Quando não o faz é por medo da reação do médico ou porque considera que o mesmo não tem de saber.

Quando se referem ao que é prescrito na consulta TNC as respostas distribuem-se por não respondeu, medicamento e suplemento. A maioria dos inquiridos irá tomar a prescrição das TNC destacando-se o objetivo de melhorar a sua doença. Estes resultados demonstram que têm dificuldades em designar o que lhes é prescrito. Sem esta perceção, há que ponderar sobre as possíveis interações com a medicação que o doente toma (como já referimos, a maioria continuará a fazê-lo) e influências na evolução do seu estado de saúde. Salientamos que cerca de metade dos pacientes deste grupo não partilha com o médico que recorreu às TNC, pelo que este não terá um historial clínico completo e correto.

Os inquiridos deste grupo afirmam que pretendem continuar as consultas alopáticas porque desejam tratar outra doença e fazer exames complementares de diagnóstico. Os que as abandonam consideram que já não necessitam das mesmas. Os resultados reforçam que a maioria procura o que percebe ser melhor para si. Quanto mais informados estejam, melhor as suas escolhas, pelo que o esclarecimento é fundamental. Se continuam a confiar no médico, este poderá surgir como uma primeira abordagem e apoio na orientação para a TNC mais adequada para cada caso clínico.

Quando inquiridos sob a continuação das consultas TNC a maioria afirma que o deseja fazer. Consideram ser uma opção para tratar a sua doença e porque se identificam. O facto de ser uma opção sem químicos reforça esta escolha. Verificamos uma tendência: o desejo da medicina integrativa. Estes resultados são apresentados nas tabelas 85 a 105, anexo II.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve como principal motivação o estudo da mudança de percepção e formas de atuação da população relativamente à sua saúde. Hoje, as soluções que se apresentam são múltiplas, assumindo cada indivíduo a responsabilidade desta gestão. Assistimos a uma alteração na atitude da população relativamente à gestão da sua saúde. No paradigma anterior, o doente recorria unicamente à medicina alopática, confiando plenamente a sua saúde e estratégias terapêuticas ao médico. Não o questionava e a sua relação centrava-se na doença e na forma de a tratar. Esta situação mudou e os estudos demonstram um novo paradigma: os doentes passam a assumir uma maior responsabilidade na gestão da sua saúde. Querem saber quais os comportamentos corretos a adotar, que outras estratégias terapêuticas existem e quais os efeitos secundários da medicação química. Querem ser esclarecidos pelo médico, assumindo que a decisão terapêutica tem que ser dialogada, analisada e construída a dois. O centro passou a ser a pessoa que está doente e a sua visão alargou-se para além da medicina alopática.

Este comportamento tem sido promovido pela OMS e inclusive, em Portugal, pelo SNS. Pretende-se promover a literacia em saúde, facilitando comportamentos adequados pela população, no sentido de assumirem estratégias saudáveis e, nos momentos de doença, que tomem as decisões adequadas para a resolução da mesma. Reconhece-se que o cidadão tem que ser parte ativa e não delegar no seu médico a responsabilidade pela sua saúde. Estão aqui evidenciados os determinantes sociais da saúde, nomeadamente os comportamentais, que podem ser produtores de desigualdades e devem ser alvo de atenção das políticas promotoras de saúde.

Simultaneamente, a realidade em que a população se insere também se alterou. Reconhecendo o novo desejo da população, a oferta diversificou-se. Nos países em que os seguros de saúde só cobriam a medicina alopática, os doentes decidiam pagar, na íntegra, as consultas das TNC. Posteriormente, as seguradoras passaram a disponibilizar a oferta do acesso a uma segunda opinião e passaram a integrar a oferta de consultas das TNC. Como a população a desejava, a oferta de produtos terapêuticos sem recursos a

químicos chegou ao mercado e diversificou-se. A percentagem de pessoas que recorria às TNC cresceu. Em Portugal foi tomada uma decisão inédita: a regulamentação das TNC e a definição rigorosa de quem as pode exercer.

Verificamos que, numa situação de doença, podem surgir vários dilemas. Qual ser a melhor opção? Recorrer ao médico e/ou às TNC? Deve informar o médico e/ou o profissional da TNC ou não o fazer? Deve tomar ou não o que foi prescrito pelo profissional das TNC? Este foi o objetivo deste estudo, verificar como é feita esta gestão pela população quando se encontra doente.

Neste sentido, a pesquisa que realizámos e que aqui descrevemos teve como objetivo identificar as formas de gestão simultânea dos serviços de medicina convencional e terapêuticas não convencionais, caracterizando as motivações e estratégias pessoais de uma população utilizadora. De uma forma geral, consideramos que o objetivo foi atingido e a metodologia utilizada foi adequada ao estudo a que nos propusemos. Contudo, antes de tecermos uma conclusão, é fundamental sintetizar os resultados relativamente a cada objetivo específico.

A nossa pesquisa confirmou (e também revelou) algumas alterações nas características sociodemográficas da população utilizadora dos dois serviços. Estudos anteriores demonstraram que a população que normalmente recorre às TNC são jovens, bem informados, com rendimento e formação superior à maioria da população. Na nossa pesquisa, verificamos que as pessoas que recorreram aos dois serviços são pessoas bem informadas, tendo em atenção a faixa etária e o grau de formação dos inquiridos. No entanto, a maioria situa-se entre os 40 e os 69 anos, demonstrando que uma nova faixa da população está a assumir o controlo da sua saúde e que, provavelmente, mais confiaria no médico. Foi também possível verificar alterações relativamente à formação. Se nos estudos anteriores eram licenciados, na nossa amostra 23,08% representa o 10º e o 12º ano de escolaridade. Além disso, na nossa investigação, a população que mais recorreu aos dois serviços apresenta rendimentos entre os 501 e 1000 euros, faixa onde se situa o

atual salário mínimo nacional. Confirmamos que a maioria da população utilizadora são do género feminino.

À semelhança dos estudos anteriores, nesta pesquisa foi possível comprovar que a grande maioria dos doentes pretende tratar doenças do foro músculo-esquelético.

Analisando a motivação na utilização dos dois serviços, confirmamos o desejo de assumir um maior controlo na gestão da sua saúde. Apesar de a grande maioria pretender continuar a ser acompanhada pela medicina alopática, pretende fazê-lo em simultâneo com as TNC. Podemos identificar atitudes diferentes. Descrevem a sua identificação com as TNC, assim como pretendem uma solução integrada para a sua saúde, ou seja, a medicina integrativa. Além disso, informam que têm de recorrer à medicina alopática porque é esta que se encontra disponível no SNS.

A comunicação é um tema delicado e que, tendo presente os estudos realizados até ao momento, se tem vindo a alterar. Estudos anteriores revelam que o doente não partilhava com o médico o recurso às TNC. Os nossos resultados revelaram que esta situação se está a alterar, sendo uma condição essencial para o tratamento do doente. Se este não partilhar tudo com o seu médico como poderá o médico avaliar a sua condição de saúde? Temos que destacar que a proporção de pessoas que partilha que irá recorrer às TNC é semelhante á que não partilha, embora a primeira tenha subido quando a comparamos com estudos anteriores. Provavelmente porque receiam a resposta do médico. No entanto, a maioria partilha que o fez, demonstrando o quanto sente ser importante informar o médico de todas as estratégias a que recorre e que sente que a intervenção terapêutica tem que ser conjunta, consistindo num trabalho de equipa em que todos estão envolvidos. O comportamento com o profissional de TNC é profundamente diferente porque, segundo os inquiridos, nada têm a esconder. Esta comunicação entre doente e todos os profissionais de saúde é fundamental para o sucesso da terapêutica, como já foi referido nos estudos anteriores.

Quando analisámos a perceção dos participantes acerca do que é prescrito pelos profissionais das TNC, constatámos que a maioria não responde. Se tivermos em atenção as respostas, para 22% trata-se de um medicamento, 15% afirma ser um suplemento e para 14% é uma planta medicinal. É importante analisarmos todos estes valores. Se se trata de um medicamento podemos questionar-nos: até que ponto têm consciência de que o mesmo poderá ter interações com possíveis medicamentos que estarão a tomar ou, até, efeitos secundários? O mesmo teremos de dizer sobre os que afirmam ser uma planta medicinal. Poderá ser considerado um suplemento porque os locais de venda assim têm que os denominar. Todas estas questões reforçam ainda mais a necessidade da comunicação entre doente, médico e o profissional das TNC.

Estas conclusões permitem-nos conceber um conjunto de implicações para a prática. Consideramos fundamental a promoção de um maior diálogo entre o doente e o médico. O doente tem que se sentir à vontade para poder colocar todas as questões ao seu médico, inclusive sobre as TNC e quais as mais indicadas para o seu estado de saúde/doença. A reflexão inerente a esta investigação leva-nos a considerar que é necessário disponibilizar mais informação dirigida à população sobre as diferentes TNC, quais as suas indicações, contraindicações e quem as pode exercer. O médico necessita de possuir formação sobre cada uma das TNC regulamentadas em Portugal, no sentido de poder orientar o seu doente no recurso às mesmas promovendo uma intervenção integrativa, se este for o desejo manifestado pelos doentes. Propomos um maior investimento na realização de ações de formação contínuas dirigidas aos profissionais de saúde, e uma maior ponderação acerca da integração de formação sobre as TNC na formação de base para os futuros profissionais. É necessário equacionar a integração das TNC no SNS, o que poderá promover a medicina integrativa.

Seria igualmente interessante estudar a população que recorre apenas às TNC para determinados problemas, rejeitando os serviços de medicina alopática disponíveis. Na nossa pesquisa, 52% dos inquiridos opta, unicamente, pelas TNC, podendo ser interessante acompanhar estes indivíduos, de forma regular, e analisar a atitude da população.

No entanto, não abandonamos esta conclusão sem reconhecer as limitações da pesquisa, que podem ser evitadas em estudos posteriores. Consideramos que a aplicação dos questionários poderia ter beneficiado de um espaço temporal mais alargado, permitindo um maior número de inquiridos. Seria também interessante aplicar os questionários em locais mais diversificados, distribuídos por todo o território nacional, identificando tendências que poderiam estar relacionadas com variáveis culturais, por exemplo. Além disso, a oferta dos serviços de TNC e de medicina alopática é desigual em termos territoriais, o que poderá influenciar o recurso aos mesmos. Estas considerações podem proporcionar uma perceção mais completa das atitudes da população portuguesa relativamente às questões abordadas neste estudo, e a utilização destas informações na conceção de políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, A., Ngo-Metzger, Q., Legedza, A., Massagli, M., Clarridge, B., Phillips, R. (2006). *Complementary and Alternative Medical Therapy Use Among Chinese and Vietnamese Americans: Prevalence, Associated Factors, and Effects of Patient-Clinician Communication*. American Journal of Public Health, Vol. 96, No. 2, pp: 647-663. American Public Health Association;
- Astin, J. (1988). *Why Patients Use Alternative Medicine*. JAMA, Vol. 279, No. 19, pp: 1548-1553. American Medical Association;
- Astin, J., Marie, A., Pelletier, K., Hansen, E., Haskell, W. (1998). *A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians*. Arch Intern Med, Vol. 158, pp: 2303-2310. American Medical Association;
- Astin, J., Pelletier, K., Marie, A., Haskell, W. (2000). *Complementary and Alternative Medicine Use Among Elderly Persons: One-Year Analysis of a Blue Shield Medicare Supplement*. The Gerontological Society of America, Vol. 55A, No. 1, M4-M9;
- Bahali, M. (2017). *Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among HIV patients: a descriptive study*. BMC Complementary and Alternative Medicine, 17:422, pp: 1-9;
- Bahall, M. (2017). *Use of complementary and alternative medicine by patients with end-stage renal disease on haemodialysis in Trinidad: a descriptive study*. BMC Complementary and Alternative Medicine, 17:250, pp: 1-10;
- Barnes, P., Powell-Griner, E., McFann, K., Nahin, R. (2002). *Complementary and Alternative Medicine use Among Adults: United States, 2002*. Seminars in Integrative Medicine, 2: 54-71. Elsevier;
- Barrett, B. (2003). *Alternative, Complementary, and Conventional Medicine: Is Integration Upon Us?* The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 9, No. 3, pp: 417-427. Mary Ann Liebert Inc;

- Berman, B., Singb, B., Hartnoll, S., Singb, B., Reilly, D. (1998). *Primary Care Physicians and Complementary-Alternative Medicine: Training, Attitudes, and Practice Patterns*. JABFP, Vol. 11, No. 4, pp: 272-281;
- Canizares, M., Hogg-Johnson, S., Gignac, M., Glazier, R., Badley, E. (2017). *Changes in the use practitioner-based complementary and alternative medicine over time in Canada: Cohort and period effects*. Plus One, pp: 1-77. McMaster University;
- Carapinheiro, G. (1986). *A saúde no contexto da Sociologia*. Consultado a 12 de julho 2019, disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/947>;
- Carapinheiro, G. (2001). *Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais*. Etnográfica, Vol. V (2), pp: 335-358;
- Carapinheiro, G. (2014). *Os desafios dos saberes na investigação em saúde*, *Forum Sociológico [Online]*, 24. Consultado a 01 maio 2019, disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/985>; DOI: 10.4000/sociologico.985;
- Carmo, H., Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa, Universidade Aberta;
- Chenot, J., Becker, A., Leonhardt, C., Keller, S., Donner-Banzhoff, N., Baum, E., Pfingsten, M., Hildebrandt, J., Basler, H., Kochen, M. (2007). *Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study*. BMC Complementary and Alternative Medicine, 7:42, pp: 1-8;
- Chez, R., Jonas, W. (1997). *The challenge of complementary and alternative medicine*. Primary Care, Vol. 177, No. 5. American Journal of Obstetrics & Gynecology;
- Chez, R., Jonas, W. (2014). *Challenge of complementary and alternative medicine*. Primary Care, Vol. 177, No. 5, American Journal of Obstetrics & Gynecology;
- Coulter, I., Willis, E. (2004). *The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective*. Complementary and Alternative Medicine, Vol. 180, pp. 587-589. The Medical Journal of Australia;

Cournow, E., Geraghty, S. (2019). *Chiropractic care of the pregnant woman and neonate*. British Journal of Midwifery, Vol. 27, No. 5, pp: 284-287. British Journal of Midwifery;

Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro. *Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27*. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência;

Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio. *Diário da República n.º 108/1999, Série I-A de 1999-05-10*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 217/99 de 15 de junho. *Diário da República n.º 137/1999, Série I-A de 1999-06-15*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 492/99 de 17 de novembro. *Diário da República n.º 268/1999, Série I-A de 1999-11-17*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 500/99 de 19 de novembro. *Diário da República n.º 270/1999, Série I-A de 1999-11-19*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 505/99 de 20 de novembro. *Diário da República n.º 271/1999, Série I-A de 1999-11-20*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 233/2001 de 25 de agosto. *Diário da República n.º 197/2001, Série I-A de 2001-08-25*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril. *Diário da República n.º 77/2003, Série I-A de 2003-04-01*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro. *Diário da República n.º 284/2003, Série I-A de 2003-12-10*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de agosto. *Diário da República n.º 156/2005, Série I-A de 2005-08-16*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto. *Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 279/2009 de 6 de outubro. *Diário da República n.º 193/2009, Série I de 2009-10-06*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 138/2013 de 9 de outubro. *Diário da República n.º 195/2013, Série I de 2013-10-09*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 139/2013 de 9 de outubro. *Diário da República n.º 195/2013, Série I de 2013-10-09*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Deng, G., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B., Abrams, D., Capodice, J., Courneya, K., Dryden, T., Hanser, S., Kumar, N., Labriola, D., Wardell, D., Sagar, S. (2009). *Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals*. Journal of the Society for Integrative Oncology, Vol. 17, No. 3, pp: 85-120. BC Decker Inc;

Dillard, J., Knapp, S. (2005). *Complementary and Alternative Pain Therapy in the Emergency Department*. Emergency Medicine Clinics of North America, Vol. 23, pp: 529-549. Elsevier Inc;

Direção Geral da Saúde. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*;

Eisenberg, D., Kessler, R., Foster, C., Norlock, F., Calkins, D., Delbanco, T. (1993). *Unconventional Medicine in the United States – Prevalence, Costs and Patterns of Use*. The New England Journal of Medicine. No 4, Vol. 328, pp: 246-252;

Eurostat (2015). *People in the EU: who are we and how do we live*. Luxembourg, European Union;

Geist-Martin, P., Bell, K. (2009). *Open your heart first of all: perspectives of holistic providers in Costa Rica about communication in the provision of health care*. Health Communication, 24, pp: 631-646. Taylor & Francis Group LLC;

Gerber, B., Scholz, C., Reimer, T., Briese, V., Janni, W. (2005). *Complementary and alternative therapeutic approaches in patients with early breast cancer: a systematic review*. Breast Cancer Research and Treatment. 95, pp: 199–209. Springer;

Haetzman, M., Elliott, A., Smith, B., Hannaford, P., Chambers, W. (2003). *Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy*. Family Practice Vol. 20, No. 2, pp: 147-154. Oxford University Press;

- Hollenberg, D. (2006). *Uncharted Ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings*. Social Science & Medicine. 62. pp: 731-744. Elviesier Ltd;
- Hunt, K., Coelho, H., Wider, B., Perry, R., Hung, S., Terry, R., Ernst, E. (2010). *Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey*. The International Journal of Clinical Practice, 64, 11, pp: 1496-1502. Blackwell Publishing Ltd;
- Instituto Nacional de Estatística (2011), *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa, INE;
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Destaque*. Lisboa, INE;
- Joos, S., Musselmann, B., Szecsenyi, J. (2001). *Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Vol. 2011, pp: 1-8. Hindwai Publishing Corporation;
- Kanodia, A., Legedza, A., Davis, R., Eisenberg, D., Phillips, R. (2010). *Perceived Benefit of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for Back Pain: A National Survey*. JABFM, Vol. 23, No 3, pp. 354-362;
- Kemper, K. (2001). *Complementary and alternative medicine for children: does it work?* Complementary and alternative medicine for children, 84, pp: 6-9. Arch Dis Child;
- Kemper, K., Cassieeth, B., Ferris, T. (1999). *Holistic Pediatrics: A Research Agenda*. Pediatrics, Vol. 103, No. 4, pp: 902-909. American Academy of Pediatrics;
- King, M., Pettigrew, A., Reed, F. (2000). *Complementary, Alternative, Integrative: Have Nurses Kept Pace With Their Clients?* Urologic Nursing, Vol. 20, No. 5, pp: 323-330. American Urological Association Allied;
- Lei n.º 2120 de 19 de julho. *Diário do Governo n.º 169/1963, Série I de 1963-07-19*. Lisboa: Presidência da República;
- Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. *Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24*. Lisboa: Assembleia da República;

- Lei 45/2003 de 22 de agosto. *Diário da República n.º 193/2003, Série I-A de 2003-08-22*. Lisboa: Assembleia da República;
- Lei 71/2013 de 22 de agosto. *Diário da República n.º 168/2013, Série I de 2013-09-02*. Lisboa: Assembleia da República;
- Lei nº 104/2015 de 24 de agosto. *Diário da República n.º 164/2015, Série I de 2015-08-24*. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Levy, I., Attias, S., Gavrieli, S., Oliven, R., Neerlan, B., Devlin, J., Ben-Arye, E., Greenberg, D., Schiff, E. (2019). *The study protocol for a randomized controlled trial of acupuncture versus a sham procedure versus standard care alone for the treatment of delirium in acutely hospitalized older adults with a medical illness*. *Maturitas*, 124, pp: 72-80. Elsevier;
- Li, Y., Lee, A., Kemper, K., Berde, C. (2008). *Use of Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Pain Management Service: A Survey*. *Pain Medicine*. Vol. 6, No. 6, pp. 452-458. American Academy of Pain Medicine;
- Lin, Y., Lee, A., Kemper, K., Berde, C. (2005). *Use of Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Pain Management Service: A Survey*. *Pain Medicine*, Vol. 6, No. 6, pp: 452-458. American Academy of Pain Medicine;
- Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009). *Integrative Medicine and Patient-centered Care*. *Explore*, Vol. 5, No. 5, pp. 277-289. Elsevier Inc.;
- Marmot, M. (2017). *The health gap: Doctors and the social determinants of health*. *Scandinavian Journal of Public Health*. No. 45, pp 686–693;
- Marmot, M., Bell, R. (2012). *Fair society, healthy lives*. UCL Institute of Health Equity, University College London, Department of Epidemiology and Public Health, 1-19 Torrington Place, London WC1E 7HB, UK;
- Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J., Panteli, V., Margulies, A., Browall, M., Magri, M., Selvekerova, S., Madsen, E., Milovics, L., Bruyns, I., Gudmundsdottir, G., Hummerston, S., Ahmad, A., Platin, N., Kearney, N., Patiraki, E. (2005). *Use of complementary and alternative medicine in cancer*

patients: a European survey. Annals of Oncology, 16, pp: 655-663. European Society for Medical Oncology;

Neal, R. (2001). *Report by David M. Eisenberg on Complementary and Alternative Medicine in the United States: Overview and Patterns of Use.* The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 7, Supplement 1, pp. S-19-S-21. Mary Ann Liebert Inc;

Nunes, E., (2009). *Sociologia da saúde e da doença: novos desafios.* Sociology of Health and Illness, Vol. 7, No. 4, pp 1128-1132;

Pal, S. (2002). *Complementary and alternative medicine: An overview.* Current science, Vol. 82, No. 5, pp: 518-524;

Peltzer, K., Preez, N., Ramlagan, S., Fomundam, H. (2008). *Use of traditional complementary and alternative medicine for HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa.* BMC Public Health, 8:255, pp: 1-14;

Portaria 181/2014 de 12 de setembro. *Diário da República n.º 176/2014, Série I de 2014-09-12.* Lisboa: Ministério da Saúde;

Portaria 207-A/2014 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.* Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;

Portaria 207-B/2014 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.* Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;

Portaria 207-C/2014 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.* Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;

Portaria 207-D/2014 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.* Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;

Portaria 207-E/2014 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.* Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;

Portaria 207-F/2014 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.* Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;

- Portaria 207-G/2014 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08*. Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;
- Portaria 172-B/2015 de 5 de junho. *Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05*. Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;
- Portaria 172-C/2015 de 5 de junho. *Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05*. Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;
- Portaria 172-D/2015 de 5 de junho. *Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05*. Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;
- Portaria 172-E/2015 de 5 de junho. *Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05*. Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;
- Portaria 172-F/2015 de 5 de junho. *Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05*. Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência;
- Portaria 45/2018 de 9 de fevereiro. *Diário da República n.º 29/2018, Série I de 2018-02-09*. Lisboa: Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Saúde;
- Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública. (1902). *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*. Lisboa: Imprensa Nacional;
- Rosenberg, E., Genao, I., Chen, I., Mechaber, A., Wood, J., Faselis, C., Kurz, J., Menon, M., O'Rourke, J., Panda, M., Pasanen, M., Staton, L., Calleson, D., Cykert, S. (2008). *Complementary and Alternative Medicine Use by Primary Care Patients with Chronic Pain*. Pain Medicine. American Academy of Pain Medicine, Vol. 9, No. 8, pp: 1065-1072;
- Saydah, S., Eberhardt, M. (2006). *Use of Complementary and Alternative Medicine Among Adults with Chronic Diseases: United States 2002*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 12, No. 8, pp: 805-812. Mary Ann Liebert Inc;
- Sikand, A., Laken, M. (1998). *Pediatricians' Experience With and Attitudes Toward Complementary/Alternative Medicine*. ARCH Pediatr Adolesc Med, 152, pp: 1059-1064. American Medical Association;

- Sirois, F., Salamonsen, A., Kristoffersen, A. (2016). *Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: a consumer commitment model*. BMC Complementary and Alternative Medicine, 16:75, pp: 1-9;
- Smith, C., Shewamene, Z., Galbally, M., Schmied, V., Dahlen, H. (2019). *The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 245, pp: 428-439. Elsevier;
- Sollner, W., Maislinger, S., DeVries, A., Steixner, E., Rumpold, G., Lukas, P. (2000). *Use of Complementary and Alternative Medicine by Cancer Patients is Not Associated with Perceived Distress or Poor Compliance with Standard Treatment but with Active Coping Behavior*. Cancer, Vol. 89, No. 4, pp: 873-880. American Cancer Society;
- Tascilar, M., Jong, F., Verweij, J., Mathijssen, R. (2006). *Complementary and Alternative Medicine During Cancer Treatment: Beyond Innocence*. The Oncologist, 11, pp: 732-741;
- Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Coimbra: Almedina;
- Trail-Maban, T., Mao, C., Bawel-Brinkley, K. (2013). *Complementary and Alternative Medicine: Nurses' Attitudes and Knowledge*. Pain Management Nursing, Vol. 14, No. 4, pp: 277-286. American Society for Pain Management Nursing;
- Upchurch, D., Chyu, L., Greendale, G., Utts, J., Bair, Y., Zhang, G., Gold, E. (2007). *Complementary and Alternative Medicine Use among American Women: Findings from the National Health Interview Survey*. Journal of Women's Health, Vol. 16, No. 1. Mary Ann Liebert Inc;
- Vickers, K., Jolly, K., Greenfield, S. (2006). *Herbal medicine: women's views, knowledge and interaction with doctors: a qualitative study*. BMC Complementary and Alternative Medicine, 6:40, pp: 1-8. BioMed Central Ltd;

- Vincent, C., Furnham, A. (1996). *Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study*. British Journal of Clinical Psychology, 35, pp: 37-48. The British Psychological Society;
- Wetzel, M., Kaptchuk, T., Haramti, A., Eisenberg, D. (2003). *Complementary and Alternative Medical Therapies: Implications for Medical Education*. Complementary and Alternative Medicine Series, 138, pp: 191-196. Annals of Internal Medicine;
- WHO. (1986). *Ottwa Charter for Health Promotion*. Genève: World Health Organization;
- WHO. (2007). *Everybody's Business*. Genève: World Health Organization;
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Final report*. Geneve: World Health Organization;
- WHO. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf;
- Woo, Y., Hyun, M. (2019). *Effectiveness of Integrative Therapy for Parkinson's Disease Management*. Frontiers in Aging Neuroscience. Vol. 11, Art. 40;
- Solar, O., Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf;jsessionid=148B45BEA71DA387AEE2537CE7B308AF?sequence=1;
- Xue, C., Zhang, A., Lin, V., Costa, C., Story, D. (2007). *Complementary and Alternative Medicine Use in Australia: A National Population-Based Survey*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 13, No. 6, pp: 643-650. Mary Ann Liebert;

- Yates, J., Mustin, K., Morrow, G., Gillies, L., Padmanaban, D., Atkins, J., Issell, B., Kirshner, J., Colman, L. (2005). *Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients during treatment*. Support Care Cancer, 13, pp: 806-811. Springer-Verlag;
- You, E., Kim, D., Harris, R., D'Alonzo, K. (2019). *Effects of Auricular Acupressure on Pain Management: A Systematic Review*. Pain Management Nursing, 20, pp: 17-24. Elsevier.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

No âmbito da elaboração de uma dissertação de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde, no ISCSP-ULisboa, solicita-se a sua colaboração para responder a um breve questionário sobre o recurso a serviços de Medicina Alopática (Convencional) e as Terapêuticas não Convencionais (TNC).

Todas as suas respostas são confidenciais.

1. Caracterização

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Género			
M		F	

Profissão (se reformado, qual a última): _____

Nível de escolaridade			
Até ao 4º ano		Licenciatura	
4º ao 9º ano		Mestrado	
10º ao 12º ano		Doutoramento	

Nível de rendimento mensal	
Menos de 500 euros	
501 a 1000 euros	
1001 a 1500 euros	
Mais de 1500 euros	

II – Recurso a Medicina Alopática (Convencional) e Terapêuticas não Convencionais (TNC).

Motivo da consulta/Problema de saúde:

Medicina Alopática (Convencional)	
É acompanhado, em simultâneo, por um médico para o mesmo	
Sim	
Não	

Motivo da consulta	
Porque decidiu recorrer às Terapêuticas não Convencionais (TNC)?	
Decisão própria	
Sugestão de outra pessoa	
Sugestão do médico	

Terapêutica não Convencional (TNC) a que recorre	
Homeopatia	
Medicina Tradicional Chinesa/Acupunctura	
Naturopatia	
Osteopatia	

Comunicação com o médico (Medicina Convencional)		
	Sim	Não
Disse ao médico que iria recorrer às Terapêuticas não		
Vai dizer ao médico?		
Se sim, porquê?		
Se não, porquê?		

Comunicação com o profissional de Terapêuticas Não Convencionais (TNC)		
	Sim	Não
Disse ao profissional de TNC que tinha recorrido a um médico?		
Se sim, porquê?		
Se não, porquê?		

Medicação Alopática (Convencional)		
Toma a medicação prescrita pelo seu médico?		
	Sim	
	Não	
Porquê?		
Se a toma, após a consulta de TNC vai continuar a tomá-la?		
	Sim	
	Não	
Porquê?		

Medicação Terapêuticas Não Convencionais (TNC)		
O profissional de TNC prescreveu algo para tomar?		
	Sim	
	Não	
Vai tomá-lo?		
	Sim	
	Não	
Porquê?		

Medicação Terapêuticas Não Convencionais (TNC)	
Na sua opinião, o que prescreveu o profissional de TNC?	
Um medicamento	
Um suplemento alimentar	
Uma planta medicinal	
Não sei	

Pretende continuar as consultas com o médico?	
Sim	
Porquê?	
Não	
Porquê?	

Pretende continuar as consultas com o profissional de Terapêuticas Não Convencionais (TNC)?	
Sim	
Porquê?	
Não	
Porquê?	

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 2 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

2.1. Análise bivariada

Tabela 1 - Idade e motivo

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Próprio		5	8	8	11	5	5
Outro	1	3	3	4	5	8	4
Médico				1	2	1	
Próprio e outro			1	1	1		1

Tabela 2 - Idade e informação prévia ao médico

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu							
Sim	2	3	3	8	10	4	5
Não		10	18	10	18	16	10

Tabela 3 - Idade e vai informar o médico

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		2	1	3	1	2	
Sim	1	3	9	10	16	6	6
Não		3	2	1	2	6	4

Tabela 4 - Idade e porque vai informar o médico

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu				1		1	
Tratar origem da doença			1			1	
Não teve oportunidade	1			7			1
Complementar tratamento		2	8		13	3	4
Médico recetivo		1			1		1
Se médico perguntar				1			
Respeito pelo médico				1		1	
Médico sugeriu					2		
Necessita de exames							

Tabela 5 - Idade e porque não vai informar o médico

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu						1	
Medo da reação		1				1	1
Não precisa de saber		1				1	2
Só partilha se não resultar			1				
Médico não acredita		1	1		1	3	
Não vai ao médico					1		1
Doenças diferentes							
Problemas de comunicação				1			

Tabela 6 - Idade e informou o profissional de TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu						2	
Sim	1	7	10	14	18	12	10
Não		1	2		1		

Tabela 7 - Idade e porque informou o profissional de TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		2	2	3	3	5	2
Complementar tratamento	1	4	7	10	11	8	6
Boa relação com profissional		1		1	2		
Profissional perguntou						1	1
Transparência			1		2		1

Tabela 8 - Idade e porque não informou o profissional de TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu							
Não recorreu ao médico		1	2		1		
Não perguntou							
É irrelevante							

Tabela 9 - Idade e abandona a medicação alopática

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		3				2	
Não		4	5	9	5	2	
Sim	1	1	7	5	14	10	10

Tabela 10 - Idade e porque abandona a medicação alopática

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		1	3	3	2	2	
Não recorre a alopática		1	1		2	1	
Não resulta		1	1	3			
Não toma químicos		1					
Não tem medicação				2	2		
Evitar efeitos secundários				1			

Tabela 11 - Idade e porque vai continuar a tomar a medicação alopática

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu			2	1	3	1	4
Tratar a doença		1	5	4	9	5	4
Confiança	1				1		
Outras doenças					1	2	2

Tabela 12 - Idade e nome atribuído à prescrição da TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		0	5	6	4	9	0
Medicamento		2	2	1	5	1	6
Suplemento		1	2	3	3	2	1
Planta medicinal		1	1	1	6	1	1
Não sabe			1			1	
Medicamento/Planta medicinal	1			1			
Suplemento/Planta medicinal		1	1	2	1		

Tabela 13 - Idade e vai tomar a prescrição da TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		2		1		1	
Sim	1	5	6	8	14	4	8
Não			1		1		1

Tabela 14 - Idade e porque vai tomar a prescrição TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		1	1	1	2	1	2
Melhorar doença	1		3	4	7	2	4
Foi aconselhado							
Confiança		3	1	1	5		1
Sem químicos		1		2		1	1
Opta por esta terapêutica			1				

Tabela 15 - Idade e porque não vai tomar a prescrição TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu							
Vai falar com médico			1				
Receia interação					1		
Já teve uma reação negativa							1

Tabela 16 - Idade e vai continuar consultas alopáticas

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu	1	3	1	4	6		2
Sim		4	11	8	10	12	7
Não				1	1		

Tabela 17 - Idade e porque vai continuar consultas alopáticas

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		1	3	2	1	5	0
Para tratar outra doença		2	2	2	4	3	2
Porque integrada no SNS					2	2	2
Fazer exames			3	3	1	1	2
Complementar tratamento		1	3	1	2		

Tabela 18 - Idade e porque vai terminar as consultas alopáticas

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu							
Medicação não funciona					1		
Não necessita				1			
É invasiva							

Tabela 19 - Idade e vai continuar as consultas da TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu				2	1		
Sim	1	8	12	12	18	14	10
Não							

Tabela 20 - Idade e porque vai continuar as consultas da TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu		2	2	1	2	4	2
Tratar a doença		2	5	5	3	5	4
Identifica-se, sem químicos	1	2	3	4	8	3	4
Complementar tratamento			1	2	2	2	
Atenção, profissionalismo		2	1		3		

Tabela 21 - Idade e porque não vai continuar as consultas da TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu				1	1		

Tabela 22 - Género e motivo

	M	F
Próprio	9	33
Outro	8	20
Médico	1	3
Próprio e outro	2	2

Tabela 23 - Género e informação prévia ao médico

	M	F
Não respondeu	1	2
Sim	9	24
Não	10	32

Tabela 24 - Género e vai informar o médico

	M	F
Não respondeu	2	7
Sim	13	38
Não	5	13

Tabela 25 - Género e porque vai informar o médico

	M	F
Não respondeu	1	1
Tratar origem da doença		2
Não teve oportunidade		2
Complementar tratamento	11	26
Médico recetivo		3
Se médico perguntar		
Respeito pelo médico	1	1
Médico sugeriu		3
Necessita de exames		

Tabela 26 - Gênero e porque não vai informar o médico

	M	F
Não respondeu		1
Medo da reação	1	2
Não precisa de saber		4
Só partilha se não resultar		1
Médico não acredita	2	4
Não vai ao médico	1	1
Doenças diferentes		
Problemas de comunicação	1	

Tabela 27 - Gênero e informou o profissional de TNC

	M	F
Não respondeu		2
Sim	19	53
Não		

Tabela 28 - Gênero e porque informou o profissional de TNC

	M	F
Não respondeu	3	14
Complementar tratamento	12	35
Boa relação com profissional	2	2
Profissional perguntou		2
Transparência	4	2

Tabela 29 - Gênero e porque não informou o profissional de TNC

	M	F
Não respondeu		
Não recorreu ao médico		1
Não perguntou		2
É irrelevante		

Tabela 30 - Gênero e abandona a medicação alopática

	M	F
Não respondeu		5
Sim	8	17
Não	12	36

Tabela 31 - Gênero e porque abandona a medicação alopática

	M	F
Não respondeu	3	8
Não recorre a alopátia	2	3
Não resulta	2	3
Não toma químicos		1
Não tem medicação	1	3
Evitar efeitos secundários		1

Tabela 32 - Gênero e porque vai continuar a tomar a medicação alopática

	M	F
Não respondeu	1	10
Tratar a doença	11	17
Confiança		2
Outras doenças		5

Tabela 33 - Gênero e nome atribuído à prescrição da TNC

	M	F
Não respondeu	10	19
Medicamento	3	14
Suplemento	1	11
Planta medicinal	4	7
Não sabe	1	1
Medicamento/Planta medicinal	1	2
Suplemento/Planta medicinal		4

Tabela 34 - Gênero e vai tomar a prescrição da TNC

	M	F
Não respondeu	1	3
Sim	8	38
Não	1	2

Tabela 35 - Gênero e porque vai tomar a prescrição TNC

	M	F
Não respondeu	1	7
Melhorar doença	2	19
Foi aconselhado		
Confiança	5	6
Sem químicos		5
Opta por esta terapêutica		1

Tabela 36 - Gênero e porque não vai tomar a prescrição TNC

	M	F
Não respondeu		
Vai falar com médico		1
Receia interação	1	
Já teve uma reação negativa		1

Tabela 37 - Gênero e vai continuar as consultas alopáticas

	M	F
Não respondeu	6	11
Sim	9	43
Não	1	1

Tabela 38 - Gênero e porque vai continuar consultas alopáticas

	M	F
Não respondeu	3	11
Para tratar outra doença	4	11
Porque integrada no SNS		6
Fazer exames	2	8
Complementar tratamento		7

Tabela 39 - Gênero e porque vai terminar as consultas alopáticas

	M	F
Não respondeu		
Medicação não funciona	1	
Não necessita		1
É invasiva		

Tabela 40 - Gênero e vai continuar as consultas da TNC

	M	F
Não respondeu	1	2
Sim	19	56
Não		

Tabela 41 - Gênero e porque vai continuar as consultas da TNC

	M	F
Não respondeu	4	9
Tratar a doença	3	21
Identifica-se, sem químicos	11	14
Complementar tratamento	1	6
Atenção, profissionalismo		6

Tabela 42 - Gênero e porque não vai continuar as consultas da TNC

	M	F
Não respondeu		

Tabela 43 - Escolaridade e motivo

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Próprio		5	5	9	21	2	
Outro	1	4	4	5	9	2	3
Médico	1		1			2	
Próprio e outro				4			

Tabela 44 - Escolaridade e informação prévia ao médico

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu			1	1			1
Sim	1	4	2	7	15	3	1
Não	1	5	7	10	15	3	1

Tabela 45 - Escolaridade e vai informar o médico

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu			2	2	3	2	
Sim	2	5	4	11	23	3	3
Não		4	4	5	4	1	

Tabela 46 - Escolaridade e porque vai informar o médico

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu			1	1			
Tratar origem da doença					2		
Não teve oportunidade				1	1		
Complementar tratamento	1	4	2	9	18	2	1
Médico recetivo		1			2		
Se médico perguntar							
Respeito pelo médico							2
Médico sugeriu	1		1			1	
Necessita de exames							

Tabela 47 - Escolaridade e porque não vai informar o médico

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu			1				
Medo da reação		1	1	1			
Não precisa de saber		1	1	1	1		
Só partilha se não resultar					1		
Médico não acredita		1		3	1	1	
Não vai ao médico		1			1		
Doenças diferentes							
Problemas de comunicação			1				

Tabela 48 - Escolaridade e informou o profissional de TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		2					
Sim	2	7	10	17	28	5	3
Não				1	2	1	

Tabela 49 - Escolaridade e porque informou o profissional de TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu	1	3	4	4	3	2	
Complementar tratamento	1	3	6	11	21	2	3
Boa relação com profissional				2	1	1	
Profissional perguntou		1			1		
Transparência		2			2		

Tabela 50 - Escolaridade e porque não informou o profissional de TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu					1	1	
Não recorreu ao médico					1		
Não perguntou				1			
É irrelevante							

Tabela 51 - Escolaridade e abandona a medicação alopática

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		2		1	2		
Sim		1	3	7	13	1	
Não	2	6	7	10	15	5	3

Tabela 52 - Escolaridade e porque abandona a medicação alopática

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		1	2	4	3	1	
Não recorre a alopátia			1	1	3		
Não resulta				2	3		
Não toma químicos					1		
Não tem medicação				1	3		
Evitar efeitos secundários					1		

Tabela 53 - Escolaridade e porque vai continuar a tomar a medicação alopática

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu	2	2	2	2	2	1	
Tratar a doença		2	5	5	11	4	1
Confiança				2			
Outras doenças		2			2		1

Tabela 54 - Escolaridade e nome atribuído à prescrição da TNC

	Não	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		6	4	4	12	2	1
Medicamento		2	4	3	6	2	
Suplemento				5	5	1	1
Planta medicinal	2	1	1	2	4		1
Não sabe			1		1		
Medicamento/Planta medicinal				1	1		
Suplemento/Planta medicinal				3	1	1	

Tabela 55 - Escolaridade e vai tomar a prescrição da TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		1		1	2		
Sim	2	4	4	11	18	5	2
Não			1	2			

Tabela 56 - Escolaridade e porque vai tomar a prescrição TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		1	1	2	2	1	1
Melhorar doença	1	2	2	3	10	3	
Foi aconselhado							
Confiança	1	1	1	3	4	1	
Sem químicos				2	2		1
Opta por esta terapêutica				1			

Tabela 57 - Escolaridade e porque não vai tomar a prescrição TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu							
Vai falar com médico			1				
Receia interação				1			
Já teve uma reação negativa				1			

Tabela 58 - Escolaridade e vai continuar as consultas alopáticas

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		2	1	3	6	4	1
Sim	2	6	9	14	19	2	
Não					2		

Tabela 59 - Escolaridade e porque vai continuar consultas alopáticas

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		2	5	4	3		
Para tratar outra doença		1	4	3	7		
Porque integrada no SNS		3			3		
Fazer exames		1		6	2	1	
Complementar tratamento	2			1	3	1	

Tabela 60 - Escolaridade e porque vai terminar as consultas alopáticas

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu							
Medicação não funciona					1		
Não necessita					1		
É invasiva							

Tabela 61 - Escolaridade e vai continuar as consultas da TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu					2	1	
Sim	2	9	10	18	28	5	3
Não							

Tabela 62 - Escolaridade e porque vai continuar as consultas da TNC

	Não Respondeu	4º	4º-9º	10º-12º	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Não respondeu		3	2	5	2		1
Tratar a doença		3	4	4	9	3	1
Identifica-se, sem químicos		3	4	5	11	1	1
Complementar tratamento	1			3	3		
Atenção, profissionalismo	1			1	3	1	

Tabela 63 - Escolaridade e porque não vai continuar as consultas da TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu							

Tabela 64 - Rendimento e motivo

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Próprio	2	7	18	9	6
Outro	2	5	10	6	5
Médico	1	1		1	1
Próprio e outro			2	2	

Tabela 65 - Rendimento e informação prévia ao médico

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	1	6	1	1	6
Sim	2	7	11	8	6
Não	2		18	9	

Tabela 66 - Rendimento e vai informar o médico

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu					
Sim	5	7	18	11	10
Não		10	14	10	2

Tabela 67 - Rendimento e porque vai informar o médico

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	1		1		
Tratar origem da doença			1		1
Não teve oportunidade		1			1
Complementar tratamento	3	3	15	9	7
Médico recetivo		2	1		
Se médico perguntar					
Respeito pelo médico				1	1
Médico sugeriu	1	1		1	
Necessita de exames					

Tabela 68 - Rendimento e porque não vai informar o médico

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu			1		
Medo da reação			2	1	
Não precisa de saber		2	1	1	
Só partilha se não resultar			1		
Médico não acredita		3		2	1
Não vai ao médico			1	1	
Doenças diferentes					
Problemas de comunicação			1		

Tabela 69 - Rendimento e informou o profissional de TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu					
Sim	5	9	29	17	12
Não					

Tabela 70 - Rendimento e porque informou o profissional de TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu					
Complementar tratamento	3	6	17	11	10
Boa relação com profissional		2	2	2	2
Profissional perguntou			6		
Transparência			8	8	

Tabela 71 - Rendimento e porque não informou o profissional de TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu		1			
Não recorreu ao médico		2			
Não perguntou					
É irrelevante					

Tabela 72 - Rendimento e abandona a medicação alopática

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu		3	2		
Sim	2	3	13	5	2
Não	3	7	15	13	10

Tabela 73 - Rendimento e porque abandona a medicação alopática

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	2	1	6	2	
Não recorre a alopática			1	2	2
Não resulta		1	3	1	
Não toma químicos		1			
Não tem medicação			2	1	1
Evitar efeitos secundários			1		

Tabela 74 - Rendimento e porque vai continuar a tomar a medicação alopática

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	2		5	3	1
Tratar a doença		4	9	8	7
Confiança		2			
Outras doenças	1	1	1		2

Tabela 75 - Rendimento e nome atribuído à prescrição da TNC

	Não	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	1	5	13	4	6
Medicamento	1	3	5	7	1
Suplemento	2	2	4	1	3
Planta medicinal	1		4	4	2
Não sabe			2		
Medicamento/Planta medicinal		1		1	
Suplemento/Planta medicinal		2	2	1	

Tabela 76 - Rendimento e vai tomar a prescrição da TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu		2	1	1	5
Sim	4	8	17	12	7
Não				2	1

Tabela 77 - Rendimento e porque vai tomar a prescrição TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	1		5	2	
Melhorar doença		4	7	7	3
Foi aconselhado					
Confiança	1	3	3	3	1
Sem químicos	1	1	2		1
Opta por esta terapêutica	1				

Tabela 78 - Rendimento e porque não vai tomar a prescrição TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu					
Vai falar com médico				1	
Receia interação					1
Já teve uma reação negativa				1	

Tabela 79 - Rendimento e vai continuar as consultas alopáticas

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	1	2	6	7	1
Sim	4	9	23	8	8
Não			1		1

Tabela 80 - Rendimento e porque vai continuar consultas alopáticas

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	2	2	6	3	1
Para tratar outra doença		5	5	2	3
Porque integrada no SNS		1	3	1	1
Fazer exames		1	7	1	1
Complementar tratamento	2	1	2	1	1

Tabela 81 - Rendimento e porque vai terminar as consultas alopáticas

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu					
Medicação não funciona					1
Não necessita			1		
É invasiva					

Tabela 82 - Rendimento e vai continuar as consultas da TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu			2	1	
Sim	5	13	28	17	12
Não					

Tabela 83 - Rendimento e porque vai continuar as consultas da TNC

	Não Respondeu	<500	501-1000	1001-1500	>1500
Não respondeu	1	3	4	4	1
Tratar a doença	2	2	12	6	2
Identifica-se, sem químicos		5	8	6	6
Complementar tratamento	2	1	2		2
Atenção, profissionalismo		2	2	1	1

Tabela 84 - Rendimento e porque não vai continuar as consultas da TNC

	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Não respondeu							

2.2. Análise multivariada

Tabela 85 – Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Motivo

	Resultado
Próprio	12
Outro	3
Médico	
Próprio e outro	1

Tabela 86 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Informação prévia ao médico

	Resultado
Não respondeu	1
Sim	8
Não	7

Tabela 87 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Vai informar o médico

	Resultado
Não respondeu	2
Sim	12
Não	2

Tabela 88 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque vai informar o médico

	Resultado
Não respondeu	1
Tratar origem da doença	
Não teve oportunidade	
Complementar tratamento	10
Médico recetivo	1
Se médico perguntar	
Respeito pelo médico	
Médico sugeriu	
Necessita de exames	

Tabela 89 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque não vai informar o médico

	Resultado
Não respondeu	
Medo da reação	1
Não precisa de saber	1
Só partilha se não resultar	
Médico não acredita	
Não vai ao médico	
Doenças diferentes	
Problemas de comunicação	

Tabela 90 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Informou o profissional de TNC

	Resultado
Não respondeu	
Sim	16
Não	

Tabela 91 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque informou o profissional de TNC

	Resultado
Não respondeu	4
Complementar tratamento	9
Boa relação com profissional	1
Profissional perguntou	1
Transparência	1

Tabela 92 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque não informou o profissional de TNC

	Resultado
Não respondeu	
Não recorreu ao médico	
Não perguntou	
É irrelevante	

Tabela 93 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Abandona a medicação alopática

	Resultado
Não respondeu	
Sim	9
Não	7

Tabela 94 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque abandona a medicação alopática

	Resultado
Não respondeu	4
Não recorre a alopática	1
Não resulta	1
Não toma químicos	
Não tem medicação	3
Evitar efeitos secundários	1

Tabela 95 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque vai continuar a tomar a medicação alopática

	Resultado
Não respondeu	1
Tratar a doença	5
Confiança	
Outras doenças	

Tabela 96 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Nome atribuído à prescrição da TNC

	Resultado
Não respondeu	5
Medicamento	4
Suplemento	4
Planta medicinal	1
Não sabe	
Medicamento/Planta medicinal	1
Suplemento/Planta medicinal	1

Tabela 97 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Vai tomar a prescrição da TNC

	Resultado
Não respondeu	
Sim	10
Não	

Tabela 98 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque vai tomar a prescrição TNC

	Resultado
Não respondeu	2
Melhorar doença	6
Foi aconselhado	
Confiança	
Sem químicos	2
Opta por esta terapêutica	

Tabela 99 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque não vai tomar a prescrição TNC

	Resultado
Não respondeu	
Vai falar com médico	
Receia interação	
Já teve uma reação negativa	

Tabela 100 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Vai continuar as consultas alopáticas

	Resultado
Não respondeu	2
Sim	13
Não	1

Tabela 101 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque vai continuar consultas alopáticas

	Resultado
Não respondeu	3
Para tratar outra doença	4
Porque integrada no SNS	2
Fazer exames	3
Complementar tratamento	1

Tabela 102 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque vai terminar as consultas alopáticas

	Resultado
Não respondeu	
Medicação não funciona	
Não necessita	2
É invasiva	

Tabela 103 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Vai continuar as consultas da TNC

	Resultado
Não respondeu	1
Sim	15
Não	

Tabela 104 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque vai continuar as consultas da TNC

	Resultado
Não respondeu	3
Tratar a doença	6
Identifica-se, sem químicos	3
Complementar tratamento	1
Atenção, profissionalismo	2

Tabela 105 - Idade (40-69), Género (F), Escolaridade (10º a licenciatura), Rendimento (501-1500) e Porque não vai continuar as consultas da TNC

	Resultado
Não respondeu	
Sim	
Não	